



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HERÄÄMÖSTÄ KOTIIN -TOIMINNAN KÄYNNISTÄMISEN TUOMA MUUTOS JA TOIMINNAN KEHITTÄMINEN SAIRAANHOITAJIEN KOKEMANA

Jenni Suonpää

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015

Ylempi ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutus

JENNI SUONPÄÄ:

Heräämöstä kotiin -toiminnan käynnistämisen tuoma muutos ja toiminnan kehittäminen sairaanhoitajien kokemana

Opinnäytetyö 77 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Marraskuu 2015

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Satakunnan keskussairaalan leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajien kokemuksia Heräämöstä kotiin -toiminnan käynnistämisen tuomista muutoksista ja miten toimintaa tulisi jatkossa kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa sairaanhoitajilta tämän hetkisestä Heräämöstä kotiin -toiminnasta. Saadun tiedon avulla voidaan kehittää Heräämöstä kotiin -prosessia ja mahdollistaa potilaiden laadukas hoito ja varhainen kotiutuminen sekä parantaa osastojen yhteistyötä ja leikkaushoitoprosessin kustannustehokkuutta. Lisäksi sairaanhoitajien muutoksen kokemisesta saatua tietoa voidaan hyödyntää Satakunnan keskussairaala 2020 -kehittämissuunnitelman tulevien muutoshankkeiden toteuttamisessa ja johtamisessa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Opinnäytetyötä varten haastateltiin yhteensä kuutta leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajaa, jotka olivat osallistuneet Heräämöstä kotiin -potilaiden hoitoon. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Sairaanhoitajat kokivat muutoksen toteutuneen hyvin nopeasti. Tietoa Heräämöstä kotiin -toiminnasta ei sairaanhoitajien mukaan ollut riittävästi saatavilla, eikä heillä ollut mahdollisuuksia vaikuttaa muutokseen etenemiseen. Heräämöstä kotiin -toiminnan suunnittelemattomuus aiheutti lisätyötä ja epäilyksiä omasta ja kollegoiden jaksamisesta. Toisaalta muutosta pidettiin tervetulleena ja siitä nähtiin olevan hyötyä potilaalle.

Sairaanhoitajat näkivät Heräämöstä kotiin -toiminnan keskeisimmiksi kehittämistarpeiksi potilaan viihtyvyyden parantamisen, potilasturvallisuuden takaamisen ja hoidon laadun kehittämisen. Potilashuoneen varustelu koettiin puutteelliseksi ja tila epäkäytännölliseksi. Potilaan hoitopolkua pidettiin liian monivaiheisena ja hoitokontakteja eri yksiköihin oli sairaanhoitajien mielestä liian monta. Vaihtoehtoisina hoitopolkuina nähtiin potilaan leikkaukseen tulo ja kotiutuminen päiväkirurgian kautta tai koko leikkausprosessin toteuttaminen päiväkirurgiassa.

Asiasanat: Heräämöstä kotiin -toiminta, muutos, kokemus, kehittäminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu

Tampere University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

JENNI SUONPÄÄ:

Extended Day Surgery – Nurses' Experience of a Change in the Operation and Development

Master's thesis 77 pages, appendices 9 pages

November 2015

The purpose of the present study was to examine how nurses in the Satakunta Central Hospital surgery and day surgery units experienced changes related to the initiation of extended day surgery operation and how the operation should be developed. The aim of the study was to compile information on the current extended day surgery practices. The information can be used in improving the operation and enabling high-quality care for the patients and cost-efficient surgery procedures. In addition, information on nurses' change experiences can be utilised in implementing and managing change projects included in the Satakunta Central Hospital 2020 Development Plan.

The data of this qualitative study were gathered using thematic interviews. In all, six nurses who had worked with extended day surgery patients in surgery and day surgery units were interviewed for the study. The data were analysed using inductive content analysis.

According to the nurses' experiences, the change was effected rapidly and the nurses had no possibilities to influence its progress. Unplanned operation and simultaneity of the changes caused extra work. The nurses were concerned about their own as well as their colleagues' mental resources. On the other hand, the change was welcomed and considered beneficial to the patients.

The nurses considered patient satisfaction, safety and quality of the care as essential development needs in the extended day surgery practices. The current patient care path was considered too multiphase.

Key words: extended day surgery, change, experience, development

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN LEIKKAUSTOIMINTA.....	8
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
4.1	Lyhythoitoinen kirurgia	11
4.1.1	Leikkaukseen kotoa -toiminta.....	11
4.1.2	Päiväkirurginen toiminta.....	12
4.2	Heräämöstä kotiin -toiminta	13
4.2.1	Heräämöstä kotiin -toiminta Satakunnan keskussairaalassa	14
4.2.2	Heräämöstä kotiin -toiminta Hatanpään sairaalassa	16
4.2.3	Heräämöstä kotiin -toiminta Seinäjoen keskussairaalassa	17
4.2.4	Heräämöstä kotiin -toiminta Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa	17
4.3	Muutos	18
4.3.1	Muutos prosessina.....	18
4.3.2	Muutos kokemuksena	19
4.4	Kirjallisuuskatsaus	21
4.4.1	Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	21
4.4.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	24
5	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	26
5.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	26
5.2	Teemahaastattelu aineiston keruumenetelmänä.....	26
5.3	Sisällönanalyysi aineiston analysointimenetelmänä	28
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	30
6.1	Kohderyhmän kuvaus	30
6.2	Aineiston keruun toteutus	30
6.3	Aineiston analyysin toteutus	32
7	TULOKSET	34
7.1	Muutoksen kokeminen.....	35
7.1.1	Tiedonsaanti muutoksesta	35
7.1.2	Suhtautuminen muutokseen	36
7.1.3	Vaikutusmahdollisuuksien puute	36
7.1.4	Tuki esimiehiltä.....	37
7.2	Muutoksen eteneminen	37
7.2.1	Muutoksen nopeus	38
7.2.2	Työssä jaksaminen	39

7.2.3 Potilasturvallisuuden tärkeys	40
7.3 Toiminnan resursointi	41
7.3.1 Henkilökunnan riittävyys	42
7.3.2 Tilan käytännöllisyys	43
7.3.3 Muutosten päällekkäisyys	44
7.4 Hoidon potilaslähtöisyys.....	45
7.4.1 Hoidon laatu	45
7.4.2 Potilaan yksityisyys.....	46
7.4.3 Potilaan itsemääräämisoikeus	47
7.4.4 Laadukas potilasohjaus	48
7.5 Toiminnan kehittäminen	49
7.5.1 Tulevaisuuden toimintaa	49
7.5.2 Hoitopolun yksinkertaistaminen	50
7.5.3 Työn organisointi	52
7.5.4 Osastojen yhteistyö	53
8 POHDINTA.....	55
8.1 Opinnäytetyön eettiset kysymykset	55
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus	57
8.3 Tulosten tarkastelu	59
8.4 Päätelemät ja kehittämisehdotukset.....	62
LÄHTEET.....	64
LIITTEET	69
Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat ja hakutulokset tietokannoittain	69
Liite 2. Näytön asteen arviointimittari	70
Liite 3. Alkuperäistutkimusten laadunarviointilomake	71
Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukset	72
Liite 5. Haastattelukutsu	74
Liite 6. Tiedote haastattelun toteutuksesta	75
Liite 7. Teemahaastattelurunko	76
Liite 8. Tietoinen suostumus -lomake	77

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuolto elää jatkuvassa muutospaineessa. Väestön ikääntyminen, sairastavuuden lisääntyminen ja hoitomuotojen kehittyminen edellyttävät uusia toimintamalleja terveydenhuoltoon. KASTE 2012 – 2015 ohjelman päätavoitteina on ollut hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti. (KASTE 2012 – 2015, 15–18.) Monissa sairaanhoitopiireissä onkin nyt käynnissä toiminnan kehittämiseen ja kustannustehokkuuteen liittyviä kehittämishankkeita.

Lyhythoitoista kirurgiaa, kuten päiväkirurgiaa ja Leikkaukseen kotoa -toimintaa, alettiin Suomessa kehittää voimakkaasti 2000 -luvun alussa. Lääke- ja hoitotieteen kehittyminen sekä halu optimoida resursseja, ovat mahdollistaneet hoitajaksojen lyhentymisen. Hoitotyön muuttuminen potilaskeskeisemmäksi on antanut potilaalle paremmat mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa ja ottaa siitä enemmän vastuuta. (Björn, Hirvinen, Jääskeläinen, Kiema, Mäkirinne-Kallio & Turunen, 2015.) Tutkimusten mukaan lyhytkirurgiset toimintamallit ovat kustannustehokkaita. Ne vähentävät vuodeostopaikkojen tarvetta ja säästävät hoitohenkilökunnan aikaa. Lisäksi lyhytkirurgisten potilaiden hoitotyytyväisyys on korkea. (Keränen 2006, 1412; Mattila & Hynynen 2012, 1423–1424.)

Heräämöstä kotiin -toiminta, potilaalle ennalta suunniteltuna prosessina, on Suomessa uutta. Useissa sairaanhoitopiireissä toiminnan käynnistämistä on suunniteltu tai toiminta on juuri käynnistynyt. Australiassa ja Isossa-Britanniassa vastaavaa toimintamuoto (extended day surgery) on ollut käytössä 1990-luvun lopusta lähtien osana päiväkirurgiaa. Toiminnan kehittämisen taustalla on ollut tarve tehostaa leikkaustoimintaa ja nopeuttaa potilaiden leikkaukseen pääsyä. Sen avulla on voitu lisätä lyhytkirurgista leikkaustoimintaa niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät sovellu päiväkirurgisiksi potilaiksi, esimerkiksi perussairauksien, korkean iän tai leikkauksen vaatiman pidemmän seurannan vuoksi. Potilaiden seuranta on pyritty järjestämään vähemmällä henkilökuntamäärällä hotellimaisissa olosuhteissa. (Day Surgery: Operational guide, 9; Extended day surgery 2007, 1.)

Satakunnan keskussairaalan kehittämissuunnitelmassa ”Satakunnan keskussairaala 2020” visiona on muodostaa sairaalasta vahva päivystys- ja opetussairaala, jonka yhtenä

kulmakivenä on tehokas leikkaustoiminta. Kehittämissuunnitelman mukaan jatkossa Leikkaukseen kotoa -toimintaa ja Heräämöstä kotiin -toiminta kehitetään edelleen. (Hannukainen & Alhonen 2014, 7-8.) Heräämöstä kotiin -toiminnan pilotointi käynnistettiin Satakunnan keskussairaалassa syyskuussa 2014. Toiminnan nopea aloitus aiheutti toimintaa toteuttavien leikkausosaston ja päiväkirurgian henkilökunnassa voimakkaita tunteita.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Satakunnan keskussairaalan leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajien kokemuksia Heräämöstä kotiin -toiminnan käynnistämisen tuomista muutoksista ja miten toimintaa tulisi kehittää. Opinnäytetyön toimintaympäristönä on Satakunnan keskussairaalan leikkausosasto ja päiväkirurgia. Opinnäytetyö liittyy TYKS Erva-alueen hoitotieteellisen tutkimusohjelman 2011 – 2015 palvelujärjestelmien painopistealueeseen.

2 SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN LEIKKAUSTOIMINTA

Satakunnan sairaanhoitopiiri kuuluu TYKS Erva-alueeseen tarjoten erikoissairaanhoidon palveluja 19 jäsenkuntansa 226 000 asukkaalle. Sairaanhoitopiirin sairaalat sijaitsevat Porissa, Raumalla ja Harjavallassa. Toiminta on jaettu kuuteen toimialueeseen, jotka ovat ensihoidon ja päivystyksen, konservatiivisen hoidon, lasten- ja naistentautien sekä synnytysten, operatiivisen hoidon, psykiatrisen hoidon ja sosiaalipalvelujen toimialat. Lisäksi SataDiag -liikelaitos tuottaa sairaanhoitopiirin laboratorio ja kuvantamispalvelut. (Käyttösuunnitelma operatiivisen hoidon toimialue 2015, 1; Toiminta- ja taloussuunnitelma 2015 – 2017 ja talousarvio 2015, 5.)

Satakunnan keskussairaala sijaitsee Porissa ja tarjoaa kaikkia sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon palveluja, lukuun ottamatta sosiaalipalveluja. Operatiivisen hoidon toimialueen vastuualueita ovat hammas-, suu- ja leukasairaudet, kirurgia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, leikkaus ja anestesia, silmätaudit ja välinehuolto. Leikkaus ja anestesia toiminta on keskitetty leikkausosastolle ja päiväkirurgiaan. Silmätautien kirurgiset toimenpiteet tehdään erillisellä silmäleikkausosastolla. (Käyttösuunnitelma operatiivisen hoidon... 2015, 3–4.)

Päiväkirurgia (Päiki) eriytyi Satakunnan keskussairaalassa omaksi yksikökseen vuonna 2006 ja Leikkaukseen kotoa -toiminta (Leiko) käynnistyi vuonna 2008. Vuonna 2014 leikkausosastolla leikattiin 5532 elektiivisistä potilaista Leiko-yksikön kautta sekä 2883 päivystysleikkauspotilasta. Päiväkirurgian yksikössä leikattiin 3282 päiväkirurgista potilasta sekä 27 päivystysleikkauspotilasta vuonna 2014. (Mäkelä 2015b.)

Leikkausosastolla on käytössä 13 leikkaussalia ja 18 -paikkainen heräämö. Elektiiviset potilaat saapuvat leikkausosastolle Leiko-yksikön tai vuodeosaston kautta. Leiko-yksikön kautta tulevat ne potilaat, joiden perussairaudet, yleiskunto, sosiaalinen tilanne ja leikkauksen luonne mahdollistavat potilaan valmistautumisen leikkaukseen kotona, annettujen ohjeiden mukaan. Potilaan soveltuvuudesta Leiko-potilaaksi päättää lääkäri. Jonohoitaja varaa potilaalle tarvittavat leikkausta edeltävät laboratorio- ja röntgentutkimukset. Leiko-potilaat käyvät tarvittaessa preoperatiivisella käynnillä jonohoitajan, poliklinikan hoitajan tai anestesia-lääkärin luona. Potilaalle voidaan myös soittaa leikkausta

edeltävänä päivänä ja tarkentaa sairaalaan tuloaikaa ja leikkaukseen valmistutumisohjeita. (Leiko-toiminnan käynnistäminen Satakunnan keskussairaalassa 2008.)

Potilaat saapuvat Leiko-yksikköön leikkauspäivän aamuna porrastetusti ja heidät valmistellaan leikkausta varten. Leikkausosaston sairaanhoitajat hakevat potilaan leikkausosastolle, jonne potilas siirtyy joko kävellen tai pyörätuolilla. Leikkauksen jälkeen potilaan välitön leikkauksenjälkeinen valvonta tapahtuu leikkausosaston heräämössä, josta potilas siirtyy vuodeosastolle, teho-osastolle tai tehostettuun valvontaan. (Leiko-toiminnan käynnistäminen... 2008.)

Päiväkirurgiassa on käytössä 4 leikkaussalia ja 15-paikkainen heräämö vuodepotilaille sekä lepotuoliheräämö potilaille, jotka eivät tarvitse vuodepaikkaa. Potilas ohjautuu Päiki-potilaaksi kirurgian poliklinikalla tehdyn leikkauspäätöksen jälkeen. Päiväkirurgian jonohoitaja varaa potilaalle leikkausajan, lähettää potilaalle kutsukirjeen ja ohjaa potilaan tarvittaessa laboratorio- ja röntgentutkimuksiin. Tarvittaessa potilas kutsutaan preoperatiiviselle käynnille tai potilaalle soitetaan. (Mäkelä 2015a.)

Potilaat saapuvat leikkauspäivänä porrastetusti päiväkirurgian yksikköön. Tulovaiheessa vastaanottava sairaanhoitaja tekee tulohaastattelun ja potilas tapaa leikkaavan lääkärin. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämööseen tai lepotuoliheräämööseen voinnista ja tehdystä toimenpiteestä riippuen. Riittävän seurannan jälkeen potilas saa syödä välipalan. Sovittujen kotiutumiskriteerien täytyessä potilas voi kotiutua aikuisen saattajan kanssa. Kotiutuessaan potilas saa suulliset ja kirjalliset hoito-ohjeet sekä yhteystiedot, leikkauksen kertomuksen sekä tarvittavat reseptit ja lääkärintodistukset. (Mäkelä 2015a.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Satakunnan keskussairaalan leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajien kokemuksia Heräämöstä kotiin -toiminnan käynnistämisen tuomista muutoksista ja miten toimintaa tulisi kehittää.

Opinnäytetyön kysymykset:

1. Miten sairaanhoitajat kokevat Heräämöstä kotiin -toiminnan tuoman muutoksen?
2. Miten sairaanhoitajat kehittäisivät Heräämöstä kotiin -toimintaa?

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa sairaanhoitajilta tämän hetkisestä Heräämöstä kotiin -toiminnasta. Saadun tiedon avulla Heräämöstä kotiin -toimintaa voidaan kehittää ja mahdollistaa potilaiden laadukas hoito ja varhainen kotiutuminen. Saadun tiedon avulla voidaan parantaa osastojen yhteistyötä ja leikkaushoitoprosessin kustannustehokkuutta. Lisäksi sairaanhoitajien muutoksen kokemisesta saatua tietoa voidaan hyödyntää Satakunnan keskussairaala 2020 -kehittämissuunnitelman tulevien muutoshankkeiden toteuttamisessa ja johtamisessa.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Lyhythoitoinen kirurgia

Elektiivisellä leikkaustoiminnalla tarkoitetaan ennalta suunniteltua leikkaustoimintaa, jossa potilaan leikkaukseen tehdään poliklinikalla. Potilas asetetaan leikkaukseen ja hänet kutsutaan myöhemmin leikkaukseen. Perinteisessä mallissa potilas saapuu vuodeosastolle viimeistään leikkausta edeltävänä päivänä, jolloin leikkausvalmistelut tehdään osastolta käsin. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy vuodeosastolle, josta hän kotiutuu oman toipumisensa mukaisesti. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2014, 24–25).

Lyhythoitoinen kirurgia alettiin kehittää Suomessa 1980 – 1990 -lukujen vaihteessa. Malli tähän saatiin Isosta-Britanniasta, Pohjois-Amerikasta ja Australiasta, joissa toiminta oli jo tuolloin aktiivisessa käytössä. (Suominen & Leino-Kilpi 1997, 13; Vijay, Kazzaz & Refson 2008.) Lyhythoitaisella kirurgialla tarkoitetaan päiväkirurgian lisäksi lyhytjälkihoitoista kirurgiaa, jolloin potilas kotiutuu 1-3 vuorokauden kuluessa leikkauksesta. Lyhythoitaisen kirurgian etuina pidetään kustannussäästöjen lisäksi potilaan nopeaa kotiutumista. (Kuusiniemi 1997, 39, 47.)

Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa käynnistettiin keväällä 2013 Leikkaukspotilaan hoitoprosessin uudistaminen -hanke. Hankkeen tavoitteena oli luoda malli, jonka avulla 85 % potilaista saapuu leikkaukseen kotoaan leikkaukspäivän aamuna. Hankkeen aikana tunnistettiin hoidon suunnittelijoiden keskeinen rooli perioperatiivisen hoitoprosessin hallinnassa. Hyvin organisoidun hoidonsuunnittelun nähtiin vaikuttavan toiminnalliseen ja taloudelliseen tehokkuuteen. (Turunen & Jääskeläinen 2015.)

4.1.1 Leikkaukseen kotoa -toiminta

Leikkaukseen kotoa -toiminnalla (Leiko) tarkoitetaan leikkaushoitoprosessia, jossa potilas saapuu leikkaukseen leikkaukspäivän aamuna käymättä lainkaan vuodeosastolla. Leiko-potilaan leikkauksen jälkeisen hoidon pituutta ei ole rajattu ja se tapahtuu yleisimmin vuodeosastolla. Keskeistä on potilaan leikkausta edeltävien valmistelujen suorittaminen kotona omatoimisesti, ennalta annettujen ohjeiden mukaan. (Keränen, Tohmo &

Soirinsuo 2003, 3559; Tohmo 2010, 310.) Onnistuneen Leiko-toiminnan edellytyksenä on yhteistyö eri erikoisalojen ja ammattiryhmien välillä. Toimittaessa ennalta sovittujen kriteerien ja mallien mukaan toimintatavoista tulee yhtenäisemmät ja hoidosta potilas-keskeisempää. (Keränen 2006, 1412; Tohmo, 2010, 310–311.)

Hyvinkään sairaalassa on tehty Leiko-toiminnasta useita tutkimuksia. Keränen, Keränen ja Wäänänen (2006) vertailivat Leiko-prosessin ja tavallisen elektiivisen leikkausprosessin eroja. Tutkimuksessa todettiin Leiko-prosessin sitovan 73 % vähemmän henkilökuntaa tavalliseen leikkausprosessiin verrattuna. Eniten tavallinen leikkausprosessi sitoi vuodeosaston henkilökunnan aikaa. Jo pelkästään potilaan tulohaastatteluun osastolla kului tutkimuksen mukaan lähes sama aika, kuin potilaan koko käyntiin Leiko-yksikössä. Merkittävää oli myös vuodeosaston hoitajien käyttämä aika potilaiden siirtoihin leikkausosastolle. Tuhatta potilasta kohden vuodeosaston hoitajilta kului työaikaa potilassiirtoihin yli kuukausi. (Keränen ym. 2006, 3604–3606.)

Keränen, Karjalainen, Pitkänen ja Tohmo (2008) tutkivat eri erikoisalojen potilaiden soveltuvuutta Leiko-potilaaksi. Tutkimuksessa todettiin Leiko-prosessin soveltuvan lähes kaikille leikkauspotilaille, erityisesti kirurgian, gynekologian ja KNK-tautien erikoisaloille. Tutkimusaineisto koostui kaikista Hyvinkään sairaalassa vuonna 2007 leikatuista potilaista. Tutkimuksen aikana myös päiväkirurgian potilaat ohjattiin saapumaan sairaalaan Leiko-prosessin kautta. Elektiivisistä leikkauspotilaista 93 % ja kaikista potilaista 76 % hoidettiin Leiko-prosessin kautta. Potilaista vain 30 % kävi leikkausta edeltävästi preoperatiivisella käynnillä. Näistä käynneistä suuri osa oli anestesiakelpoisuuden arviointiin liittyviä käyntejä. (Keränen ym. 2008, 3889–3891.)

4.1.2 Päiväkirurginen toiminta

Päiväkirurgisella toiminnalla (Päiki) tarkoitetaan leikkaushoitoprosessia, jossa potilas saapuu leikkauspäivänä ennalta sovittuna ajankohtana sairaalaan ja kotiutuu 12 tunnin kuluessa leikkauksesta. Päiväkirurginen leikkaus on leikkaustyybiltään sellainen, josta ei ole odotettavissa potilaalle leikkauksen jälkeen voimakasta kipua, verenvuodon riskiä tai verensiirron tarvetta. Leikkaus on tyypillisesti kestoaltaan lyhyt ja toimenpiteen kulku hyvin ennakoitavissa. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström, & Raappana 2003, 10–11.)

Potilasvalinnan tarkoituksena on vähentää anestesia- ja leikkauskomplikaatioiden riskiä. Päiki-potilaat ovat yleensä melko terveitä tai heidän perussairautensa on hyvin hoitotasapainossa. Kotiutumisen edellytyksenä potilaalla tulee olla leikkauksen jälkeisen vuorokauden seuranaan aikuinen henkilö. (Hautakangas ym., 2003, 10–11; Kangas-Saarela 2005, 457.)

Perinteisesti päiväkirurgian vasta-aiheena on pidetty potilaan korkeaa ikää, monia perussairauksia, lihavuutta ja puutteellisia kotiolosuhteita, kuten puuttuvaa valvojaa. Yhtenä vaihtoehtona päiväkirurgisen toiminnan lisäämiseen nähdään vuodeosastohoitoa kevyempi yöpymismahdollisuus esimerkiksi potilashotellissa tai Heräämöstä kotiin -yksikössä. (Mattila & Hynynen 2012, 1423–1424.)

4.2 Heräämöstä kotiin -toiminta

Heräämöstä kotiin -toiminnalla (Herko) tarkoitetaan potilaan yöpymistä leikkausosaston heräämössä tai muussa vastaavassa tilassa, josta potilas kotiutuu leikkausta seuraavana aamuna, ilman käyntiä vuodeosastolla. Herko-toimintaan soveltuvat potilasryhmät, joiden hoidontarve sairaalassa leikkauksen jälkeen on lyhyt ja leikkaukseen liittyvä komplikaatioriski on pieni. (Niskanen 2014, 432.) Herko-toiminnasta käytetään synonyminä termiä 23h heräämö ja joskus virheellisesti myös nimitystä potilashotelli. Potilashotelli toiminnalla tarkoitetaan kuitenkin potilaan yöpymistä avohoidon palveluja tarjoavassa hotellissa, joka on tarkoitettu potilaille, jotka eivät tarvitse sairaalahoitoa. Potilashotellissa yöpyminen voi olla tarpeen esimerkiksi pitkän kotimatkan vuoksi. Myös omaisten yöpyminen potilashotellissa voi olla mahdollista. (Potilashotelli 2015; Seppänen, Kaukonen & Luukkainen, 2010.)

Herko-toiminnassa keskeistä on leikkauspotilaan tarve sairaalahoitoon ja yöpymiseen sairaalassa erotuksena päiväkirurgiasta, jonka tavoite on potilaan kotiutuminen samana päivänä. Käytännössä kuitenkin tänä päivänä iso määrä leikkauspotilaista voi kotiutua ja kotiutuu leikkausta seuraavana päivänä. Vuonna 2003 Hyvinkään sairaalassa tehdyn Leiko-potilaiden potilastyytyväisyys tutkimukseen osallistuneista 161 potilaista 81 % kotiutui vietettyään vain yhden yön sairaalassa. Lisäksi viisi potilasta kotiutui samana päivänä, vaikka toimenpidettä ei ollut ennakoon suunniteltu päiväkirurgiseksi. (Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4740; Musialowicz & Martikainen 2015, 120.)

Herko-potilaan hoitopolku on hyvin samantyyppinen kuin muidenkin lyhytkirurgisten potilaiden. Potilaan soveltuvuutta Herko-potilaaksi voidaan arvioida samoin kriteerein kuin Leiko-potilaan. Toimenpideaamuna potilas saapuu vastaanottavaan yksikköön, jossa leikkausvalmistelut, leikkaus ja heräämövalvonta etenevät kuten Päiki- ja Leiko-potilailla. (Keränen ym. 2004, 4741; Musialowicz & Martikainen 2015, 120–121.) Heti toimenpiteen jälkeen leikkaavan lääkärin tulee suunnitella ja tehdä potilaan postoperatiivisten määräysten lisäksi jatkohoitosuunnitelma, reseptit ja sairauslomatodistus. Leikkauksen jälkeisestä heräämövalvonnasta potilaat siirtyvät tilaan, jossa he yöpymisen lisäksi voivat ruokailla. Kriteereinä Herko-potilaan turvalliselle siirtymiselle pois heräämöstä on hyvä tajunnantaso sekä peruselintoimintojen vakaus, eikä potilaalla ole tarvetta enää monitorivalvontaan. Lisäksi potilaan kivun ja pahoinvoinnin tulee olla hallinnassa. Potilaalla ei saa olla myöskään haavakomplikaatioita tai verenvuotoa. Spinaalipuudutetun potilaan täytyy kyetä liikkumaan itsenäisesti. (Musialowicz & Martikainen 2015, 120–121.)

Herko-prosessi edellyttää, kuten muutkin lyhytkirurgiset prosessit, hyvää potilasohjausta ennen ja jälkeen toimenpiteen. Keränen ym. (2004) tutkivat Hyvinkään sairaalan Leiko-potilaiden potilastyytyväisyyttä. Suurin osa vastaajista piti saamaansa tietoa kotona suoritettavista leikkausvalmisteluista riittävänä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu Päiki-potilaiden ohjausta koskevista tutkimuksissa. (Keränen ym. 2004, 4741.) Hirvosen ja Taskisen (2011, 28–29) opinnäytetyössä yli 80 % potilaista oli hyvin tai erittäin tyytyväisiä saamaansa tietoon ja ohjaukseen.

Tutkimuksessa Hyvinkää sairaalan Leiko-potilaiden tyytyväisyydestä, kävi ilmi myös potilaiden korkea arvostus omaa aikaansa kohtaan ja halu viettää sairaalassa mahdollisimman lyhyt aika. Vastaajista 95 % koki sairaalaan tulon vasta leikkausaamuna hyvänä asiana. (Keränen ym. 2004, 4741; Musialowicz & Martikainen 2015, 120–121.) Samansuuntaisia tuloksia sai Mattilan (2010, 55) väitöskirjatutkimuksessa Päiki-potilaiden osalta.

4.2.1 Heräämöstä kotiin -toiminta Satakunnan keskussairaalassa

Heräämöstä kotiin -toiminnan pilotointi aloitettiin syyskuussa 2014 ja se jatkui tammi-kuun 2015 loppuun. Herko-pilotoinnin tavoitteena oli potilaiden siirtojen vähentäminen

sairaalan sisällä sekä hoitotyön jakaminen tasaisemmin vuodeosastojen ja heräämön kesken. Kustannussäästöjen lisäksi tavoitteena oli tarjota potilaalle laadukasta leikkaushoitoa ja sen jälkeinen nopea kotiutuminen. (Hannukainen & Alhonen 2014, 7–8; Harju 2014; Mäkelä 2015a.)

Pilotoinnin aikana leikkausosaston toimenpidehuoneessa (23h heräämö) hoidettiin keran viikossa 3-4 rintasyöpäpotilaan leikkauksenjälkeinen hoito, joka oli aikaisemmin toteutettu vuodeosastolla. Potilaat saapuivat toimenpidepäivän aamuna sairaalaan Leiko-yksikön kautta ja heidät leikattiin leikkausosastolla. Potilaat kotiutuvat seuraavana aamuna leikkaavan lääkärin käynnin ja päiväkirurgian sairaanhoitajan antaman ohjauksen jälkeen. Pilotoinnin aikana 23h heräämössä yöpyi myös päiväkirurgisia potilaita, joilla ei ollut mahdollisuutta kotiutua esimerkiksi valvojan puuttumisen vuoksi. (Mäkelä 2015a.)

Pilotointi vaiheessa 23h heräämössä yöpyi yhteensä 31 leikkauspotilasta. Potilaista 23 oli Herko-potilaita ja kahdeksan Päiki-potilaita. Yksi potilas siirtyi seuraavana aamuna vuodeosastolle haavakomplikaatioiden vuoksi. Kahdeksalle potilaalle tehtiin pieniä toimenpiteitä, kuten esimerkiksi sidevaihtoja, ennen kotiutumista. Aikaisin potilaan kotiutuminen tapahtui leikkauksen jälkeisenä päivänä kello kahdeksan ja myöhäisin kello 10.45. Herko-toiminnan pilotoinnissa henkilökuntaresursseja ei lisätty. (Mäkelä 2015a.)

Herko-pilotoinnin päättyessä toiminta lisääntyi. Uutena potilasryhmänä olivat muun muassa urologiset potilaat. Päiki-potilaiden osuutta lisättiin siirtämällä ne potilaat, jotka eivät olleet päiväkirurgian sulkeutuessa kotiutuskuntoisia, ensisijaisesti 23h heräämön vuodeosaston sijasta. Tavoitteena on saada tulevaisuudessa 23h heräämö toimimaan neljänä päivänä viikossa. (Mäkelä 2015a.)

Tammikuun lopun ja toukokuun välisenä aikana 23h heräämössä kotiutettiin yhteensä 93 potilasta. Potilaista 70 oli Herko-potilaita ja 21 Päiki-potilaita. Samana ajanjaksona potilaista on siirretty 23h heräämöstä vuodeosastolle kahdeksan potilasta vuoto- tai kipuongelmien vuoksi. Yli puolelle potilaista suoritettiin ennen kotiutumista hoitotoimenpiteitä, kuten esimerkiksi haavasidosten vaihto tai virtsatiekatetrin poisto. Päiki-potilaiden yöpymisen syynä 23h heräämössä oli, joko valvojan puuttuminen tai kotiutuskriteerien täyttymättömyys. Kahdeksan potilasta, joille oli varattuna 23h heräämö-

paikka, siirtyi vuodeosastolle leikkauksesta johtuvien syiden vuoksi. Kesäkuun alusta elokuun loppuun Herko-paikat olivat suljettuina leikkausosaston ja päiväkirurgian kesäsulkujen vuoksi. (Muistio 2015a, Muistio 2015b, Mäkelä 2015a.)

Uusien potilasryhmien kohdalla on korostunut potilasvalinnan onnistumisen tärkeys. Ongelmalliseksi koettiin moni- ja muistisairaat potilaat. Pilotointi vaiheen jälkeen 23h heräämööseen on voitu sijoittaa eri sukupuolta olevia potilaita yöpymään samanaikaisesti. Rintasyöpäpotilaiden kohdalla on todettu vertaistuen olevan potilaille tärkeä ja nämä päivät ovat jatkossa kiintiöity pelkästään naispotilaille. Leikkauspäätöstä tehdessä potilaita informoidaan Herko-prosessista. Samassa yhteydessä potilaille kerrotaan mahdollisuudesta joutua yöpymään samassa huoneessa eri sukupuolta olevien potilaiden kanssa. Halutessaan potilailla mahdollisuus edelleen valita perinteinen hoitopolku Herko-hoitopolun sijaan. (Muistio 2015b, Mäkelä 2015a.)

4.2.2 Heräämöstä kotiin -toiminta Hatanpään sairaalassa

Hatanpään sairaalassa Tampereella Herko-toiminta käynnistyi Leiko-toiminnan yhteydessä elokuussa 2012. Herko-toiminnasta käytetään Hatanpään sairaalassa nimeä Leiko24 ja toiminta toteutetaan Leiko24-yksikössä, johon on keskitetty hoidonsuunnittelu, preoperatiiviset käynnit ja toimenpiteisiin liittyvät valmistelut. Potilaat saapuvat Leiko24-yksikköön leikkauksen aamuna ja kotiutuvat 24 tunnin sisällä leikkauksesta. Potilaspaikkoja on kymmenen. Mikäli potilas tarvitsee pitempiaikaista hoitoa, leikkauksen jälkeinen hoito tapahtuu suunnitellusti vuodeosastolla. Lisäksi Hatanpään sairaalassa on päiväkirurgista toimintaa. (Lisma 2015, Leiko24-yksikkö 2015.)

Leiko24:ssä hoidettavia erikoisaloja ovat ortopedia, verisuoni-, plastiikka-, gastro- ja yleiskirurgia, gynekologia, urologia sekä korva-, nenä- ja kurkkutaudit. Toimintajajatuksena Leiko24-yksikössä on tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja asiakaslähtöisesti nykyaikaisin ja luotettavin menetelmin. Yksikön visio on olla uudistuva, luova ja luotettava yhteistyökumppani. Leiko24-yksikössä panostetaan ammattitaitoiseen ja yksilölliseen hoitoon. Toiminnan arvoja ovat asiantuntijuus, asiakaslähtöisyys, yhdessä tekeminen, vastuullisuus, avoimuus ja aloitteellisuus. Asiakkaat ja heidän perheensä osallistuvat hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Lisma 2015.)

4.2.3 Heräämöstä kotiin -toiminta Seinäjoen keskussairaalassa

Seinäjoen keskussairaalassa Herko-toiminta käynnistyi maaliskuussa 2015 viisipaikkaisena. Toiminnan käynnistämiseen vaikuttavia syitä olivat pyrkimys leikkauspotilaiden sairaalassaoloajan lyhentämiseen ja tätä kautta mahdollistuva osastopaikkojen vähentäminen. Lisäksi potilaiden lyhyemmän sairaalassaoloajan oletetaan vähentävän leikkauksen jälkeisiä infektioita. Leikkaus- ja anestesiatoimintaa toteutetaan keskusleikkausyksikön lisäksi päiväkirurgisessa yksikössä. (Leikkaus ja anestesiatoimintayksikkö 2015, Heikkilä 2015.)

Herko-potilaat tulevat leikkaukseen joko Leiko-yksikön tai päiväkirurgian kautta. Eri erikoisaloilla on omat hoidonvaraajansa, jotka varaavat potilaalle paikan 23h heräämöstä. Paikoista neljä voi varata etukäteen eikä niitä ole kiintiöity tietyille erikoisaloille. Yksi paikoista jää varalle päiväkirurgisia potilaita varten, mikäli jonkun potilaan kohdalla kotiutumiskriteerit eivät täyty. Herko-potilaiden soveltuvuuskriteerit on laadittu yhteistyöstä erikoisalojen lääkärin, anestesiaääkäreiden ja leikkausosaston henkilökunnan kanssa. (Heikkilä 2015.)

Leiko-yksikön kautta tulleet potilaat leikataan keskusleikkausosastolla ja päiväkirurgiset potilaat päiväkirurgian osastolla. Potilaiden leikkauksen jälkeinen valvonta tapahtuu joko keskusleikkausosaston heräämössä tai päiväkirurgian osaston heräämössä. Siirtokriteerien täytyessä potilaat siirretään 23h heräämön, jossa potilaasta huolehtivat keskusleikkausosaston heräämön hoitajat. Potilaan kotiutus tapahtuu keskusleikkausosaston hoitajien toimesta seuraavana aamuna. Tätä varten heräämön on lisätty aamuvuoroon yksi hoitaja lisää. Herko-potilaat kotiutettuaan sairaanhoitaja avustaa tarpeen mukaan leikkauseleissa tai heräämössä. (Heikkilä 2015.)

4.2.4 Heräämöstä kotiin -toiminta Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, toukokuussa 2015 käyttöön otetussa uudessa Kaarisairaalassa, on hyödynnetty Lean-ajattelua niin sairaalarakennuksen kuin uusien hoitoprosessien suunnittelussa. Tavoitteena on hoitaa Leiko- ja Herko-toiminnan avulla lähes 85 % leikkauspotilaista saman päivän tai vuorokauden sisällä sairaalaan tulosta.

Herko-toiminnan käyttöönottoon on vaikuttanut kirurgisten vuodeosastojen lyhentyneet hoitoajat ja viikonloppujen matala käyttöaste. (Musialowicz & Martikainen 2015, 117–118, 120.)

Herko-potilaat tulevat sairaalaan toimenpidepäivän aamuna ja tapaavat vastaanottoyksikössä hoitajan ja leikkaavan lääkärin. Toimenpiteen jälkeen potilasta seurataan heräämössä. Ennalta sovittujen kriteerien täytyessä potilas siirretään oleskelutilaan, jossa hän voi ruokailla. Herko-potilaille on varattu yöpymistä varten heräämön läheisyydessä oleva 12-paikkainen huone. Potilaat kotiutuvat seuraavana aamuna ennen kello kymmentä. (Musialowicz & Martikainen 2015, 120–121.)

4.3 Muutos

Kirjallisuudessa muutosta on käsitelty hyvin monesta näkökulmasta. Yhteistä on näkemys muutoksen väistämättömyydestä ja muutosprosessien ainutlaatuisuudesta. Muutos on kehittämistä, jossa henkilöstöllä on mahdollisuus oppia uutta. Se on siirtymisenä nykytilanteesta uuteen haluttuun tilaan. Muutoksen käynnistyttyä muutosta ei voi enää pysäyttää eikä palata vanhaan. (Laaksonen, Niskanen, Ollila ja Risku 2005, 49; Pontevan 2010, 28; Valpola 2004, 27.)

Muutos voi tuoda jotain hyvää, toisaalta lopputulos voi olla jotain, mitä ei alun perin haluttu. Tämä voi aiheuttaa ihmisissä ristiriitaisen suhtautumisen muutokseen. Muutoksessa on tärkeää keskittyä olennaiseen, sillä kaikkea ei voi muuttaa samaan aikaan. Esi-
miesten positiivinen suhtautuminen helpottaa saamaan ihmisiä mukaan muutokseen ja muuttumaan. (Pontevan 2010, 28; Valpola 2004, 27.)

4.3.1 Muutos prosessina

Muutos kuvataan yleensä monivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäisessä vaiheessa eletään aikaa ennen muutosta, jolloin tiedostetaan muutoksen tarve ja siitä liikkuu huhuja. Muutosta voidaan pelätä, jopa vuosia etukäteen. Tästä huolimatta muutos voi tulla äkillisenä tapahtumana ja sen työstämiseen olisi kaivattu enemmän aikaa ja tietoa tulevista muutoksista. Seuraavassa vaiheessa muutos on uhka ja se aiheuttaa epävarmuutta. Sitä seu-

raa vastustuksen vaihe, jolloin kaivataan vanhaa ja vastustetaan voimakkaasti uutta. Viimeisessä vaiheessa muutokselle annetaan tilaa ja sitä seuraa hyväksymisen vaihe, jolloin uusiin haasteisiin tartutaan. (Laine 2010, 27–31; Rantanen 2012, 52; Ponteva 2010, 25.)

Muutosprosessin onnistuminen edellyttää muutostarpeen tiedostamista ja hyväksyntää. Tärkeää on konkretisoida muutoksen tavoitteet. Organisaatiossa tulee olla yhteinen näkemys siitä, miten muutos toteutetaan ja mitä voimavaroja toteuttamiseen tarvitaan. Suunnittelu on perusta onnistuneelle muutosprosessille. Huonosti suunniteltu tai pysähtynyt muutosprosessi aiheuttaa henkilöstössä hämmennystä ja lisää kritiikkiä muutosta kohtaan. (Mattila 2011, 131–135; Siippanen 2014, 64–67; Valpola 2004, 29–34.)

Muutoksen suunnalle ja toteutumisnopeudelle ensimmäiset toimenpiteet ovat ratkaisevat. Ne osoittavat, että muutos on aloitettu ja käynnissä. Käynnistystoimien tarkoitus on aikaansaada innostusta ja sitoutumista sekä vähentää muutosvastarintaa. Uusi toiminta voidaan aloittaa esimerkiksi pilotoinnilla, jonka aikana uutta toimintaa on mahdollista harjoitella käytännössä. Organisaatiolla voi viedä jopa vuosia luopua vanhasta ja sitoutua uuteen. Lopulta muutos kuitenkin ankkuroituu käytäntöön. (Laaksonen ym. 2005, 50–52; Mattila 2011, 131–135, 148, 153–158; Valpola 2004, 29–34.)

4.3.2 Muutos kokemuksena

Juuti ja Virtanen (2009, 110) määrittelevät kokemuksen tunteiden varaan rakentuviksi mielikuviksi, jotka muokkautuvat uskomuksiksi vaikuttaen muutoksiin suhtautumiseen. Yksilö rinnastaa työn ja sen tulokset kiinteäksi osaksi itseään ja näin muutos on aina uhka minuudelle. Muutoksessa eteenpäin pääseminen edellyttää negatiivisten tunteiden käsittelyä. Muutoksen kokemuksessa korostuu sen kokonaisvaltaisuus ja vaikutus työn lisäksi henkilökohtaiseen elämään. Hyvät alaistaidot ja halu sopeutua nopeuttavat muutokseen sopeutumista. (Laine 2010, 46, 48–51; Juuti & Virtanen 2009, 115–120; Rantanen 2012, 52; Ponteva 2010, 42–43.)

Alkuvaiheessa muutoksesta kuultaessa koetaan lamaannus. Muutos on shokki, joka nostaa henkilökunnassa pintaan vahvoja negatiivisia tunteita sekä hiljaista kapinaa. Lamaannusvaiheessa kyky vastaanottaa informaatiota on rajallinen ja henkilöstö voi ko-

kea, ettei ole saanut lainkaan tietoa muutoksesta. (Laine 2010, 27–32; Stenvall & Virtanen 2007, 50–51; Rantanen 2012, 33–37.) Työntekijä voi kokea muuttuneen työnsä tai organisaation itselleen vieraaksi, eikä enää tunne kuuluvansa siihen. Työntekijällä voi olla myös pelko työn menettämisestä. (Pondeva 2009, 147.)

Lamaannusvaihetta seuraa toivon herääminen. Tässä vaiheessa tunteet voivat vaihdella vuoristoratamaisesti negatiivisen ja positiivisen välillä. Välillä muutosta pidetään hyvänä, välillä ylipääsemättömänä haasteena. Toisaalta muutos voi olla helpotus pitkään jatkuneeseen epävarmuuden tilaan. (Laine 2010, 27–32; Stenvall & Virtanen 2007, 50–51; Rantanen 2012, 33–37.) Muutos voidaan nähdä myös mahdollisuutena luopua vanhoista työtavoista. (Rantanen 2012, 39–42; Rahkonen 2007, 48).

Ihavaaran (2013), Laineen (2010) ja Rantasen (2012) tutkimuksessa henkilökunta koki ongelmana kuulluksi tulemattomuuden. Muutokseen kuitenkin alistuttiin, koska sitä pidettiin muualla päätettynä. (Ihavaara 2013, 22; Laine 2010, 27–29; Rantanen 2012, 33–37.) Samoin kävi ilmi Kokkisen (2013) väitöskirjatutkimuksessa. Vain yksi työntekijä kymmenestä koki mahdollisuutensa vaikuttaa muutokseen hyviksi. (Kokkinen 2013, 72.) Rahkosen (2007, 49–52) tutkimuksessa henkilökunta koki saaneensa vaikuttaa muutokseen ja tulleen kuulluksi, mutta silti muutosta vastustettiin ja se aiheutti runsaasti negatiivisia tunteita.

Tiedon saanti muutoksen eri vaiheista, ja esimiehiltä saatu tuki sekä kannustus vanhoista käytännöistä luopumiseen, voi helpottaa sopeutumista. Muutokseen osallistamisella voidaan saada aikaan positiivisia asenteita muutosta kohtaan ja vähentää muutoskielteisyyttä. Yleensä henkilöstö kokee muutosten lisäävän työmäärää varsinkin muutoksen alussa. Uudessa tilanteessa kaivataan lisähenkilökuntaa ja koulutusta helpottamaan päivittäistä työtä. (Ihavaaran 2013, 23–24; Laaksonen ym. 2005, 50–52; Pondeva 2010, 42–43; Siippanen 2014, 64–67; Tiala 2013, 29.)

Muutosprosessin aikana henkilöstön riski työkyvyn heikkenemiseen ja työstä vieraantumiseen lisääntyy, jos muutosten merkitystä ei ymmärretä tai henkilöstö kokee osallistumismahdollisuutensa huonoiksi. Suhtautuminen muutokseen, epävarmuudesta ja peloista huolimatta, on myönteisempää, jos muutos koetaan mielekkääksi. Henkilöstön kokiessa muutoksen potilaille hyödylliseksi muutoksen vastustus on vähäisempää. (Ihavaara 2013, 25–26; Laaksonen ym. 2005, 50–52; Pondeva 2010, 42–43; Siippanen 2014, 64–67; Tiala 2013, 29.)

vaara 2013, 21; Laine 2010, 44–45; Kokkinen 2013, 61–68; Rahkonen 2007, 48; Rantanen 2012, 30–31, 39–42, 47; Siippanen 2014, 64; Tiala 2013, 29.)

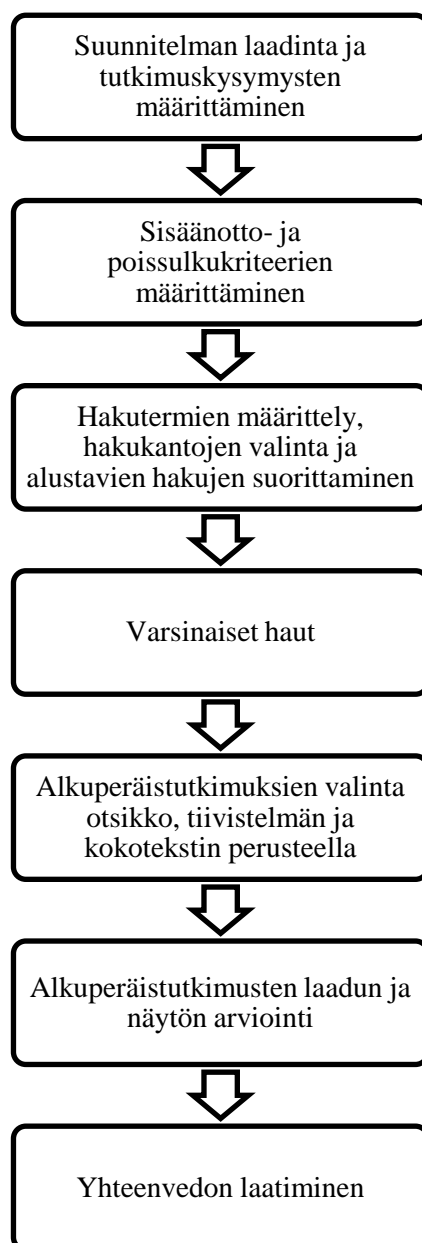
Taskinen (2005) on väitöskirjassaan tutkinut henkilöstön oikeudenmukaisuuden kokemuksia organisaatioiden yhdistämisissä. Työhön liittyvien etuuksien, vastuiden ja rasitteiden uudelleen jakaantuminen aiheuttaa henkilöstössä helposti epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia. Kielteiset kokemukset voivat estää muutoksen positiivisten puolien näkemisen ja uudistuksen etenemisen. (Taskinen 2005, 191–192.) Epävarmuus omasta tulevaisuudesta ja jatkuva stressi voivat aiheuttaa työyhteisön välien kiristymistä. Oman itsensä lisäksi ahdistusta ja huolta jaksamisesta voidaan tuntea myös kollegoiden osalta. (Laine 2010, 29–30; Rahkonen 2007, 52.)

4.4 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on luoda teoreettinen perusta tutkimukselle ja rakentaa kokonaiskuva tutkittavasta aihealueesta alkuperäistutkimusten avulla. Kirjallisuuskatsaus tehdään tarkoin suunniteltuna prosessina ja sen tarkoitus on vastata asetettuun tutkimusongelmaan. Mukaan valittujen alkuperäistutkimuksien laatu ja näytönaste tulee arvioida. Prosessi raportoidaan tarkasti sen toistettavuuden mahdollistamiseksi. Kirjallisuuskatsaus antaa vastauksen siihen, mitä aiheesta on jo tutkittu ja mihin kysymyksiin uudessa tutkimuksessa tulisi keskittyä. (Burns & Grove 2005, 93; Hirsjärvi & Hurme 2006, 13; Leino-Kilpi, 2007, 2; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 91–92.)

4.4.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen hakuprosessit toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen käytäntöjen ohjaamana ja ne kuvataan kuviossa 1. Kirjallisuuskatsauksen haut toteutettiin kahdesti ja ne etenivät molemmilla kerroilla samalla tavalla. Ensimmäinen hakuprosessi toteutettiin joulukuussa 2014 ja toinen elokuussa 2015. Uusi haku tehtiin, koska haluttiin selvittää onko Herko-toiminnasta saatavilla uutta tietoa.



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen eteneminen

Kirjallisuuskatsauksen toteutus aloitettiin määrittämällä tutkimuskysymykset, jotka olivat: Miten hoitajat kokevat työnsä muutokset ja miten hoitajat kehittävät toimintaa sekä mitä Heräämöstä kotiin -toiminnasta tiedetään? Seuraavana määriteltiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jossa rajattiin tutkimusten näkökulma hoitajien kokemaan muutokseen ja toiminnan kehittämiseen. Tutkimusten julkaisuaika rajattiin vuosiin 2004 – 2014 ensimmäisessä haussa ja vuosiin 2004 – 2015 toisessa haussa. Poissulkukriteerinä oli tulosten soveltumattomuus suomalaiseen terveydenhuoltoon (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimuksen julkaisuaika 2004–2014/2015.	Ennen vuotta 2004 julkaistut tutkimukset.
Kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa näkökulmana on hoitajien kokema muutos ja/tai toiminnan kehittäminen.	Tutkimukset, joiden näkökulmana muutokseen ja/tai toiminnan kehittämiseen on muu kuin hoitaja näkökulma.
Tutkimuksesta saatava tieto on sovellettavissa suomalaiseseen terveydenhuoltojärjestelmään.	Tutkimukset, jotka eivät sovellu suomalaiseseen terveydenhuoltojärjestelmään.
Eri metodein tehdyt tutkimukset hyväksytään.	Julkaisua ei ole saatavana kokonaisuudessaan.
Tutkimusten tai tieteellisten artikkelien julkaisukieli on suomi tai englanti.	Ammattilehtien artikkelit.
Hyväksytään eritasoiset tutkimukset, joiden laadunarviointipisteet ovat vähintään 10 (max 20).	Tutkimukset, joiden laadunarviointipisteet jäävät alle 10 pisteen.

Alustavat haut suoritettiin marraskuussa 2014 Medic, Melinda, PubMed ja CINAHL tietokantoihin. Hakusanoina käytettiin sanoja: Heräämöstä kotiin -toiminta, 23h heräämö, muutos, organisointi, kehittäminen, kokemus, extended day surgery, organizational change, organizational development, experience ja näiden yhdistelmiä. Alustavien hakujen perusteella Heräämöstä kotiin -toiminnasta ei löytynyt tutkimuksia, joten se jätettiin joulukuussa 2014 suoritettujen varsinaisten hakujen ulkopuolelle.

Ensimmäisessä haussa osumia saatiin yhteensä 567 ja niistä valittiin otsikon perusteella mukaan seitsemän alkuperäistutkimusta. Näistä kaksi kotimaista tutkimusta hylättiin kokotekstiä lukiessa, koska niiden sisältö ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Yksi kansainvälinen tutkimus hylättiin, koska tutkimus oli raportoitu artikkelina suppeasti, eikä käytetty tutkimusmenetelmä käynyt artikkelista selkeästi ilmi. Näin ollen ensimmäiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan kokotekstin perusteella neljä alkuperäistutkimusta. Tasoltaan kaikki tutkimukset olivat Pro gradu -tutkielmia.

Toinen hakuprosessi tehtiin elokuussa 2015 Medic, Melinda ja Theseus ja PubMed tietokantoihin. Tutkimuskysymyksenä oli: Mitä lyhythoitaisesta kirurgiasta tiedetään? Hakusanoina käytettiin sanoja: extended day surgery, heräämöstä kotiin, 23h heräämö, leikkaukseen kotoa, lyhytkirurgia, päiväkirurgia. Toisessa haussa osumia saatiin yhteensä 307 ja niistä valittiin otsikon perusteella mukaan 15 alkuperäistutkimusta. Tiivistelmän lukemisen jälkeen hylättiin 10 tutkimusta, joista neljä oli kansainvälisiä tutkimuk-

sia. Kokotekstin lukemisen jälkeen hylättiin vielä yksi tutkimus. Hylätyt tutkimukset eivät täyttäneet sisäänottokriteereitä hoitajanäkökulman tai suomalaisen terveydenhuoltoon soveltuvuuden suhteen. Toiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan neljä alkuperäistutkimusta, joista yksi oli AMK-opinnäytetyö, yksi YAMK-opinnäytetyö ja kaksi tutkimusartikkelia. Liitteessä 1 esitetään taulukoituna käytetyt tietokannat ja osumat tietokannoittain.

Kaikkien kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkuperäistutkimuksien näytön aste ja laatu arvioitiin. Näytön asteen arvioinnissa käytettiin Suomen Sairaanhoidajaliiton 2004 julkaisemaa näytön asteen arviointimittaria (liite 2). Mittari on jaettu neljään luokkaan (I–IV), jossa ensimmäiseen luokkaa (I) kuvastaa vahvinta näytön astetta. Laadun arvioinnissa käytettiin Palomäen ja Piirtolan 2012 opinnäytetyöhönsä laatimaa alkuperäistutkimusten laadun arviointilomaketta (liite 3), joka pohjautuu Suomen Sairaanhoidajaliiton (2004) arviointilomakkeeseen (Palomäki & Piirtola 2012, 73). Mukaan valituista alkuperäistutkimuksista laadittiin taulukko (liite 4), jossa kuvataan tutkimusten keskeinen sisältö sekä näytön aste ja laadun arviointipisteet.

4.4.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella muutos ilmenee prosessina, jossa voidaan erotella sokki-, tasaantumis- ja hyväksymisvaihe, joita seuraa suuntautuminen tulevaisuuteen ja muutoksen tuomiin hyviin asioihin. Muutosprosessi koetaan kokonaisvaltaisesti ja se vaikuttaa työn lisäksi henkilökohtaiseen elämään. Riittävää tiedon saantia, tukea esimiehiltä ja mahdollisuutta vaikuttaa muutoksen kulkuun pidetään tärkeänä. Muutos voidaan kokea positiivisena, jos siitä nähdään olevan hyötyä potilaille, vaikka henkilökunnan työmäärä lisääntyisikin. (Ihavaara 2013, 24–31; Laine 2010, 24–35; Rahkonen 2007, 45–53; Rantanen 2012, 28–38.)

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoituneissa lyhythoitoista kirurgiaa käsittelevissä alkuperäistutkimuksissa käsiteltiin Leiko-toimintaa, joka on ollut päiväkirurgian lisäksi Herko-toiminnan kehittämisen lähtökohtana. Tutkimusten mukaan potilaat ovat hyvin tyytyväisiä nopeaan hoitoprosessiin ja haluavat viettää sairaalassa mahdollisimman vähän aikaa. Lyhythoitoinen kirurgia sopii monien erikoisalojen potilaille. Nopea hoitoprosessi on myös palveluja tuottavalle organisaatiolle kustannustehokas. Yksityinen

sektori on hyödyntänyt lyhythoitaisen kirurgian toimintamalleja jo paljon pidempään kuin julkinen sektori. Myös henkilökunta kokee aikaa jäävän enemmän leikattujen potilaiden hoitamiseen, kun aikaa säästyy esimerkiksi potilassiirroista. (Keränen ym. 2006, 3605–3606; Keränen ym. 2008, 3889–3891; Tuoma & Vesala 2009, 29–31.)

Uuden toiminnan suunnittelussa ja käynnistämisessä ensiarvoisen tärkeänä nähdään tutustuminen muihin vastaaviin toimintayksiköihin. Suunnitteluvaiheessa on tärkeää huomioida toiminnan vaatimat tila- ja henkilökuntaresurssit. Yhteiset pelisäännöt ja toimintamallit täytyy luoda hyvissä ajoin ennen toiminnan käynnistämistä. Myös henkilökunnan kouluttaminen uuteen toimintamalliin tulee aloittaa riittävän ajoissa. (Villman 2013, 40–51.)

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullisen (kvalitatiivisen) tutkimuksen lähtökohtana on lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä kuvaamalla ihmisten kokemuksia, käsityksiä, tulkintoja ja motivaatioita. Sen tunnuspiirteitä ovat muun muassa strukturoimattomuus, joustavuus, kokonaisvaltaisuus, aineiston keruu tutkittavassa ympäristössä sekä tutkijan ja tutkittavan suhteen läheisyys. Laadullista menetelmää voidaan käyttää tutkittaessa aiheita, joista ei ole aikaisempia tutkimustuloksia. Yhtäläisesti se sopii jo olemassa olevan tiedon syventämiseen ja uuden näkökulman esille tuomiseen. Keskeistä on kuitenkin tutkimustulosten ja päätelmien aineistolähtöisyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67, 73.)

Laadullinen tutkimusote on subjektiivinen, eikä sillä pyritäkään objektiivisuuteen, sillä tutkijan oma kokemus, tietämys ja osallistuminen vaikuttavat tutkimuksen lopputulokseen. Tutkijalla ei voi olla tiukkaa hypoteesia tutkimuksen tuloksista, vaan hänen täytyy pyrkiä löytämään uusia näkökulmia. Vielä aineistoa kerätessä tutkimussuunnitelmaa tai kysymyksiä voidaan joutua miettimään uudelleen, ja tutkimuksen rakennetta voi olla tarpeen muuttaa. (Eskola & Suoranta 2014, 14–17, 19–22; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67, 73.)

5.2 Teemahaastattelu aineiston keruumenetelmänä

Aineiston keruumenetelminä laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleisimmin haastattelua, kyselyä, havainnointia ja erilaisia dokumentteja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121–128.) Haastattelulla tarkoitetaan vuorovaikutustilannetta, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta, jota tutkija ohjaa ennalta laaditun suunnitelman mukaan. Haastattelu perustuu luottamukseen ja haastateltavan vapaaehtoisuuteen. Eri haastattelu tyypit jaotellaan yleensä strukturoituun, puolistrukturoituun ja avoimeen haastatteluun. Teemahaastattelulla tarkoitetaan puolistrukturoitua haastattelua, jossa haastattelun teemat on määritetty etukäteen, mutta niiden järjestystä voidaan vaihdella. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47–48; Tuomi & Sarajärvi 2013, 71.) Tässä opinnäytetyössä aineiston keruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu.

Haastattelunteemat nousevat perehdyttäessä aikaisempaan tutkimustietoon ja kirjallisuuteen. Valittujen teema-alueiden tulee olla riittävän väljiä, jotta ne eivät rajaa haastateltavan ajattelua. Haastattelija voi kuitenkin tehdä tarkentavia kysymyksiä, käyden keskustelua haastateltavan kanssa. Keskeistä on saada esiin haastateltavien antamia merkityksiä ja tulkintoja tutkittavasta asiasta. (Eskola & Suoranta 2014, 15, 86–87; Hirsjärvi & Hurme 2006, 66–67; Tuomi & Sarajärvi 2013, 73.)

Haastattelun ajankohta ja paikka tulee miettiä tarkkaan, jotta ne eivät muodostu esteeksi tutkimukseen osallistumiselle. Paikan on hyvä olla rauhallinen ja varattu pelkästään haastattelua varten. Kestoltaan haastattelun on hyvä olla alle kaksi tuntia, jolloin haastateltava ja haastattelija jaksavat keskittyä haastattelutilanteeseen. Aineiston analyysin laadun parantamiseksi haastattelu kannattaa nauhoittaa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 73–74, 184–185.) Ennen varsinaisia haastatteluja teemojen sopivuus ja riittävyys kannattaa testata esihaastattelulla. Tarvittaessa haastatteluteemoja muutetaan tai tarkennetaan lisäkysymyksiin. Esihaastattelu harjaannuttaa myös haastattelijaa haastattelun tekoon ja antaa tiedon haastattelujen keskimääräisestä kestosta. (Eskola & Suoranta 2014, 89; Hirsjärvi & Hurme 2006, 72–73.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole yleistettävyys, vaan aineiston käsitteellistämisen kattavuus ja syvällisyys. Tutkimukseen osallistuvien määrää tärkeämpää on osallistujien asiantuntemus ja kokemus tutkittavasta aiheesta. Tällöin puhutaan harkinnanvaraisesta otannasta, jossa rikkaan tutkimusaineiston saamiseksi, voi riittää pienikin joukko osallistujia. Jo muutamaa henkilöä haastattelemalla voidaan saada merkittävää tietoa. Aineiston määrä voidaan katsoa riittäväksi, kun oleellisesti uutta tietoa ei enää tule ja tutkimuskysymyksiin on saatu vastaus. (Eskola & Suoranta 2014, 18–19; Hirsjärvi & Hurme 2006, 59–60; Tuomi & Sarajärvi 2013, 85–89.)

Teemahaastattelun yhtenä etuna on henkilökohtainen kontakti haastateltavaan, haastatteluun osallistumista ja sen ajankohtaa sopiessa. Haastateltavalla on tällöin mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta. Ennen haastattelun toteutusta haastateltavalla tulee olla mahdollisuus tutustua haastattelun teemoihin. Näin haastateltava voi valmistautua ennakolta ja voidaan välttyä haastattelemasta henkilöitä, joilla ei ole kokemusta tai tietoa tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73–74.)

Osallistumisen täytyy perustua vapaaehtoisuuteen ja tietoiseen suostumukseen. Tällä tarkoitetaan, että haastateltavan täytyy tietää tutkimuksen tarkoitus, sekä miten tutkimus toteutetaan ja julkaistaan. Haastateltavalle on kerrottava miten saatua aineistoa käsitellään ja säilytetään. Lisäksi haastateltavan täytyy olla tietoinen mahdollisuudestaan keskeyttää osallistuminen tutkimukseen, missä tahansa vaiheessa. Haastateltavalta on hyvä pyytää, ennen haastattelun aloitusta, allekirjoitus suostumuslomakkeeseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.)

5.3 Sisällönanalyysi aineiston analysointimenetelmänä

Sisällönanalyysiä pidetään menetelmänä, jonka avulla voidaan analysoida tutkimuksen aineistoa systemaattisesti. Menetelmällä pyritään saamaan mahdollisimman tarkka kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja siitä, mitä se on haastateltavalle merkinnyt. Sisällönanalyysi jaetaan aineistolähtöiseen (induktiivinen), teorialähtöiseen (deduktiivinen) ja teoriaohjaavaan (abduktiivinen) sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95, 103; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4, 10.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoitus muodostaa tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Tutkimustulokset muodostuvat tutkijan tulkinnan ja päättelyn tuloksena. Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä voidaan kuvata kolmivaiheisena prosessina, jossa aineisto pelkistetään (reduointi), ryhmitellään (klusterointi) ja käsitteellistetään (abstrahointi). (Hirsjärvi & Hurme 2006, 143; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5; Tuomi & Sarajärvi 2013, 95, 108, 112.)

Sisällönanalyysin aluksi määritellään analyysiyksikkö, joka voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valinta riippuu tutkimuskysymyksistä ja aineiston laadusta. Aineiston analysoinnin helpottamiseksi nauhoitettu aineisto tulee litteroida sanatarkasti ja se kannattaa tehdä tekstinkäsittelyohjelmalla. Litteroinnin laatua parantaakseen haastattelijan on hyvä suorittaa se itse, mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 184–185; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–109.)

Pelkistäminen aloitetaan kuuntelemalla nauhoitteet ja lukemalla litteroinnit läpi useita kertoja, jotta aineisto tulee tutuksi. Pelkistämisessä aineistosta etsitään tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja ja karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. Aineistosta kirjataan ylös pelkistettyjä ilmaisuja, joissa pyritään säilyttämään mahdollisimman hyvin alkuperäinen tarkoitus. (Burns & Grove 2005, 554–555; Hirsjärvi & Hurme 2006, 140; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108–109.)

Pelkistetyt ilmaisut kootaan listoiksi, joista ryhmitellään samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut alaluokkiin. Ryhmittelyn tarkoitus on löytää pelkistetyistä ilmaisuista yhdenmukaisuutta tai eroavaisuutta. Apuna ryhmittelyssä voidaan käyttää esimerkiksi haastattelun teemoja. Syntyneet alaluokat nimetään sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Analyysiä jatketaan yhdistelemällä alaluokkia yläluokiksi, jotka nimetään kuvaavilla käsitteillä. Luokittelu tiivistää aineiston ja antaa alustavan vastuksen tutkimuskysymyksiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6–7; Eskola & Suoranta 2014, 175–176; Tuomi & Sarajärvi 2013, 109–110.)

Ryhmittely jatkuu käsitteellistämisenä, jossa tarkoituksena on pyrkiä alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatkekaan niin kauan kuin se on aineiston kannalta mahdollista. Tavoitteena on löytää eri luokkia yhdistävät teoreettiset käsitteet. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6–7, 10; Tuomi & Sarajärvi 2013, 112–113.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Kohderyhmän kuvaus

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat kaikki Satakunnan keskussairaalan Herkopotilaiden hoitoon osallistuneet leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajat. Osa haastateltavista ilmaisi halunsa osallistua haastatteluun itse (n=3) ottamalla yhteyttä opinnäytetyöntekijään henkilökohtaisesti tai sähköpostin välityksellä. Loput haastateltavat (n=3) löytyivät jo haastateltujen henkilöiden antamien ehdotusten ja henkilökohtaisen kontaktin avulla.

Haastatteluun osallistui yhteensä kuusi (N=6) sairaanhoitajaa leikkausosastolta ja päiväkirurgiasta. Heistä viisi oli naisia ja yksi mies. Sairaanhoitajat olivat iältään 37 – 53 -vuotiaita. Työkokemusta heillä oli leikkaussali tai heräämötystä 11 – 29 vuotta. Kahdella haastateltavalla oli lisäksi yli kymmenen vuoden kokemus vuodeosastotyyppisestä työstä.

6.2 Aineiston keruun toteutus

Aineiston keruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska haluttiin saada esille haastateltavien omakohtaiset kokemukset ja kehittämisenäkemykset. Opinnäytetyön tekijä kävi, tutkimusluvan saatuaan, kertomassa opinnäytetyöstä leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajille osastojen aamupalaverissa. Samalla opinnäytetyöntekijä esitti suullisen kutsun osallistua teemahaastatteluun kaikille Herkopotilaiden hoitoon osallistuneille sairaanhoitajille. Tämän jälkeen kaikille leikkausosaston ja päiväkirurgian yksikön sairaanhoitajille lähetettiin vielä sähköpostitse tiedote opinnäytetyöstä ja kutsu osallistua teemahaastatteluun (liite 5). Koska opinnäytetyöntekijä työskenteli päiväkirurgian yksikössä, sähköpostien lähettämisessä voitiin hyödyntää molempien osastojen koko henkilökunnan kattavia sähköpostiryhmiä, joissa oli kaikkien sairaanhoitajien sähköpostiosoitteet.

Kaikilla haastateltavilla oli mahdollisuus esittää opinnäytetyöntekijälle kysymyksiä henkilökohtaisesti, puhelimitse tai sähköpostin avulla ennen haastattelua. Haastateltavat

saivat myös etukäteen tutustuttavaksi tiedotteen haastattelun toteutuksesta (liite 6) ja teemahaastattelurungon (liite 7). Tässä vaiheessa yksi sovittu haastattelu peruuntui, koska haastateltavalla ei ollut työkokemusta ajalta ennen Herko-toimintaa, eikä hän olisi voinut näin ollen kuvata muutoksen kokemista.

Ennen haastattelun aloitusta haastateltaville kerrottiin, että he voivat halutessaan keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen missä tahansa vaiheessa. Lisäksi heille kerrottiin haastattelun nauhoittamisesta ja aineiston säilyttämisestä lukitussa tilassa opinnäytetyöntekijän kotona. Haastateltaville kerrottiin myös aineiston asianmukaisesta hävittämisestä opinnäytetyön valmistuttua. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 8) opinnäytetyöhön osallistumisesta.

Haastattelut ajoittuivat maaliskoukokuulle 2015. Haastattelut tehtiin päiväkirurgian vapaana olleissa vastaanottohuoneissa ja leikkausosaston sairaanhoitajien atk-työskentely tilassa. Näin voitiin mahdollistaa rauhallinen ja häiriötön haastattelutilanne. Opinnäytetyöntekijä suoritti kaikki haastattelut itse. Esihaastattelussa opinnäytetyöntekijä totesi valittujen teemojen ja lisäkysymysten antavan hyvin vastauksia opinnäytetyön kysymyksiin. Haastattelun kesto oli 21 minuuttia. Esihaastattelun perusteella teemahaastattelurunkoon ei tarvinnut tehdä muutoksia, mutta syventäviä kysymyksiä lisättiin. Tämä haastattelu otettiin mukaan opinnäytetyöhön, koska se vastasi kuitenkin hyvin opinnäytetyön kysymyksiin.

Teemahaastattelun teemat nousivat opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista ja kirjallisuuskatsauksen tuloksista. Teemoiksi muodostuivat: muutos leikkausosaston ja päiväkirurgian yksikön toimintaan, muutos potilaalle, muutos työlle ja henkilökohtainen muutos. Jokaisen teemaan liittyen muodostettiin tarkentavia kysymyksiä tukemaan haastattelun sujuvaa etenemistä.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina haastateltavalle sopivana ajankohtana. Osa haastatteluista toteutettiin ennen haastateltavien työvuoroja tai heti työvuoron jälkeen. Osa haastatteluista voitiin toteuttaa työajan puitteissa, niin ettei siitä ollut haittaa osaston toiminnalle. Jokaiseen haastatteluun varattiin aikaa 60 minuuttia. Haastattelut kestivät 21 minuutista 45 minuuttiin. Kaikki haastattelut nauhoitettiin, älypuhelimien digitaalisella nauhoitusohjelmalla, haastateltavien suostumuksella. Opinnäytetyöntekijä piti

haastattelujen ajan kirjanpitoa haastatteluista, johon nimettiin ja numeroitiin haastattelut, haastateltavien tunnistamiseksi, myöhemmän osallistumisen perumisen varalta.

6.3 Aineiston analyysin toteutus

Haastattelujen jälkeen opinnäytetyöntekijä litteroi itse kaikki haastattelut sanatarkasti tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmalla ennen seuraavaa haastattelua. Tällöin haastateluun liittyvät ajatukset ja tunnelmat olivat vielä tuoreessa muistissa. Näin nousi myös esiin aihealueita, joista seuraavissa haastatteluissa oli hyödyllistä ottaa esille. Litteroinnin täsmällisyys tarkistettiin lukemalla tekstiä ja kuuntelemalla nauhoitusta samanaikaisesti. Litteroituna tekstiä oli yhteensä 49 sivua kirjasintyypillä Times New Roman, fontilla 12 ja rivivälillä 1,5. Tekstiä muokattiin poistamalla täytesanoja ja niiden toistoja ennen aineiston analyysin aloittamista.

Aineiston analyysi aloitettiin kuuntelemalla ja lukemalla litterointeja useita kertoja läpi. Analyysiyksiköksi valittiin sanapari aineiston monimuotoisuuden vuoksi kuvaamaan alkuperäisilmauksia. Seuraavaksi aineistosta etsittiin opinnäytetyön kysymyksiin vastaavia ilmauksia. Tässä vaiheessa aineistosta rajattiin pois materiaali, joka ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisilmaukset taulukoitiin Excel-taulukoksi ja nimettiin kuvaavilla pelkistetyillä ilmauksilla (taulukko 4). Tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava kuvaus sairaanhoitajien muutoksen kokemisesta ja Herko-toiminnan kehittämisestä.

TAULUKKO 4. Aineiston pelkistäminen

Suora lainaus	Pelkistetty ilmaus
Et se, se mikä eniten ahdistaa et kokee, ettei ole päässyt oikeen vaikuttamaan siihen asiaa.	Ei pääse vaikuttamaan
Mun mielestä tämä on tuotu tosi nopeesti ja tosi sillai, et ei ole ihan hirveesti kysytty meiltä asioissa.	Nopeasti tuotu Ei kysytty meiltä
Sitähän nyt ei meiltä kysytä, et sellanen alkaa, vaan se oli jo muualla lyöty lukoon et tällänen järjestelmä otetaan käyttöön.	Ei kysytty meiltä Muualla päätetty

Ryhmittelyn alussa hyödynnettiin haastattelurungon teemoja ryhmittelemällä pelkistettyjä ilmaisuja haastatteluteemojen mukaisiin luokkiin. Ryhmittelyn tavoitteena oli etsiä aineistosta samankaltaisuuksia. Tässä vaiheessa palattiin vielä useita kertoja opinnäytetyön kysymyksiin. Pelkistetyt ilmaukset siirrettiin Excel-taulukkoon, jossa ne ryhmiteltiin alaluokkiin. Alaluokat pyrittiin nimeämään sanapareilla niin, että niiden nimet olivat mahdollisimman kuvaavia (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely alaluokiksi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Ei pääse vaikuttamaan Nopeasti tuotu Ei kysytty meiltä Muualla päätetty	Vaikutusmahdollisuuksien puute

Ryhmittelyä jatkettiin muodostamalla alaluokista yläluokkia (taulukko 6). Tässä vaiheessa luovuttiin teemojen mukaisesta ryhmittelystä, koska teemat tuntuivat liian rajaa-vilta. Monet alaluokat tuntuivat päällekkäisiltä ja sen vuoksi niitä yhdisteltiin. Opinnäytetyön kysymyksiin palattiin vielä useita kertoja ryhmittelyn selkiyttämiseksi. Yläluokkia muodostaessa pyrittiin aineiston käsitteellistämiseen ja nimeämään luokat teoreettisin käsittein.

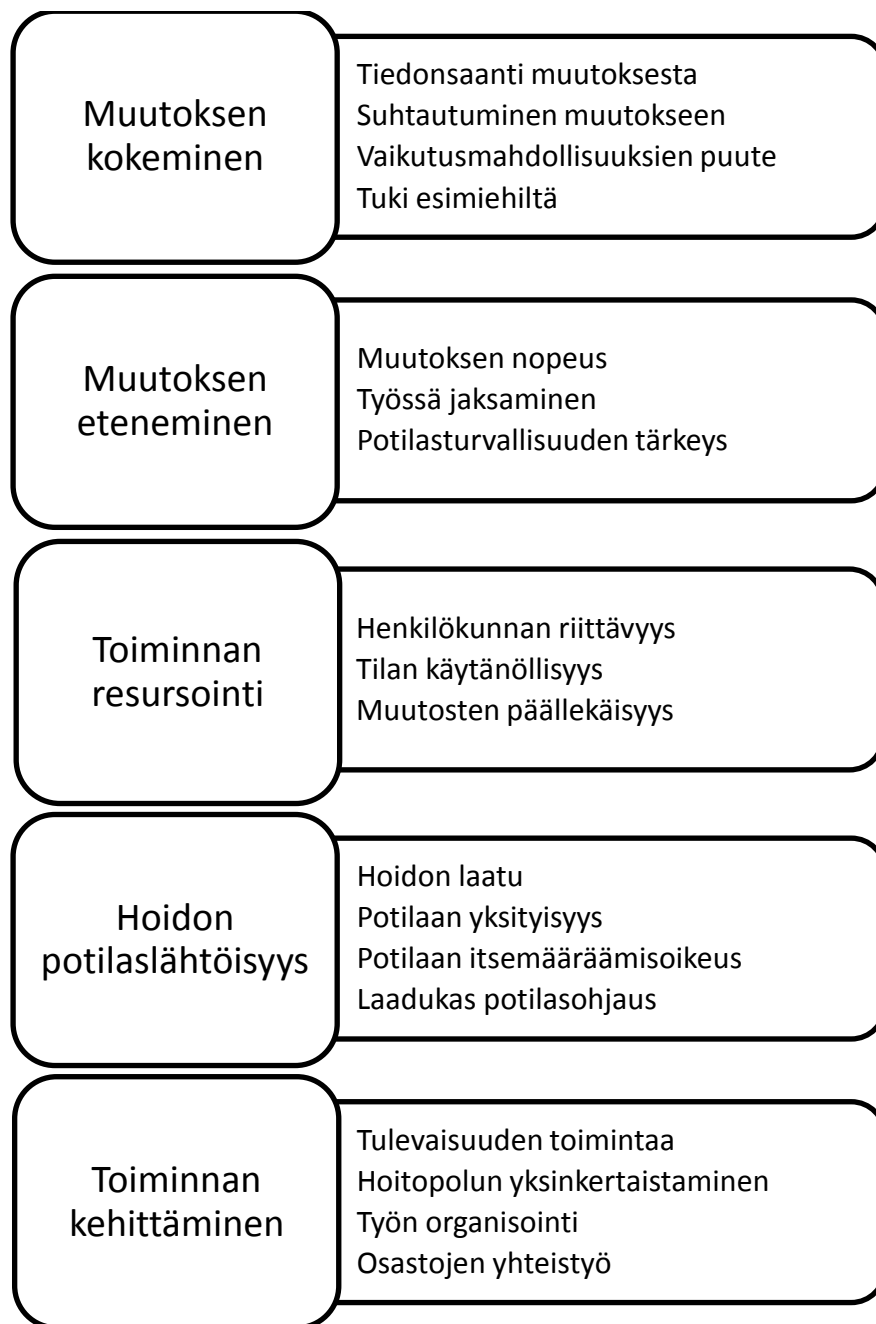
TAULUKKO 6. Alaluokkien ryhmittely yläluokiksi

Alaluokka	Yläluokka
Vaikutusmahdollisuuksien puute Tiedonsaanti muutoksesta Suhtautuminen muutokseen Tuki esimiehiltä	Muutoksen kokeminen

Aineiston analysoinnissa pyrittiin noudattamaan mahdollisimman tarkasti aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemistä. Analyysi perustui kaikissa vaiheissa opinnäytetyön tekijän omaan päättelyyn, jonka tuloksena opinnäytetyön aiheesta pyrittiin saamaan teoreettisempi näkemys. Analyysin tuloksena syntyi 18 alaluokkaa, joista muodostui viisi yläluokkaa.

7 TULOKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Satakunnan keskussairaalan päiväkirurgian ja leikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia Heräämöstä kotiin -toiminnan tuomista muutoksista ja miten toimintaa tulisi tulevaisuudessa kehittää. Teemahaastattelun aineistosta nousivat esiin yläluokat: muutoksen kokeminen, muutoksen eteneminen, toiminnan resursointi, hoidon potilaslähtöisyys ja toiminnan kehittäminen (kuvio 2).



Kuvio 2. Herko-toiminnan tuoma muutos ja toiminnan kehittäminen sairaanhoitajien kokemana

7.1 Muutoksen kokeminen

Sairaanhoitajien kertomuksissa esiintyi hyvin monimuotoisena tuntemukset uuden toiminnan aiheuttamasta muutoksesta. Toisaalta Herko-toiminnan tuomaa muutosta vastustettiin rajusti, toisaalta sen tuoma muutos taas koettiin odotettuna ja hyvänä asiana. Tiedon tarve uudesta toimintamallista ja halu päästä vaikuttamaan Herko-toiminnan aloitukseen tulivat vahvasti esille. Muutoksen kokeminen muodostui alaluokista: tiedonsaanti muutoksesta, suhtautuminen muutokseen ja vaikutusmahdollisuuksien puute ja tuki esimiehiltä.

7.1.1 Tiedonsaanti muutoksesta

Tiedotus Herko-toiminnasta ja sen tuomista muutoksista koettiin heikoksi. Tiedotus oli ristiriitaista tai sitä ei ollut saatavilla lainkaan. Tieto uudesta toimintamallista ei myöskään tavoittanut kaikkia. Tiedonkulku koettiin hitaana vuorotyön ja ison henkilökuntamäärän vuoksi. Tämä aiheutti sairaanhoitajissa voimakkaita, pääosin negatiivisia tunteita. Sairaanhoitajat kaipasivat tietoa muiden Herko-toimintaa toteuttavien yksiköiden toimintamalleista. Tiedotuksen ja tiedon puute koettiin lisäävän muutoksen vastustusta.

Et olisko sitä tarvinnut vähän enemmän ja henkilökunnallekin siitä sitte yhteisesti puhua. Kun välillä oli sellainen tunne, että kukaan ei oikeen tiennyt kuka niitä [potilaita] hoitaa esimerkiksi siinä yön aikana.

Ihmiset on ollu hirveän ahdistuneita siitä, et he ei tienneet mitä sellaseen 23 heräämööseen kuuluu.

Ja tämä, et ei yhtään tiedä mitä muut tämmöset 23h osastot toimii muualla suomessa tai sairaaloissa.

Herko-toiminnan käynnistymisen syinä sairaanhoitajat pitivät säästötavoitteita ja vuodeosastojen kuormituksen vähentämistä. Sairaanhoitajilla oli käsitys, että vuodeosastot ovat hyvin kuormitettuja. Toiminnan lisäämisen tarvetta leikkausosastolla oli perusteltu esimiesten taholta heräämön nykyisen henkilökuntamitoituksen säilymisen takaajana. Erityisesti heräämön yövuorojen potilasmääriä oli pidetty liian alhaisina nykyiseen henkilökuntamäärään nähden. Toisaalta Herko-toiminta nähtiin keinona lisätä päiväkirurgia niiden potilasryhmien kohdalla, jotka eivät täyty päiväkirurgian kriteereitä.

Joo kerrottiin, että osastoilla on kuormitusta ja pyritään sitä vähentämään.

Se on markkinoitu sillä, et saadaan pidettyä heräämössä kaksi yökköä.

7.1.2 Suhtautuminen muutokseen

Tunteet Herko-toiminnan aloituksessa vaihtelivat positiivisesta negatiiviseen. Sairaanhoidajat kokivat osan kollegoista vastustavan muutosta voimakkaasti. Itse haastatellut sairaanhoitajat kokivat muutoksen pääosin positiivisena. Negatiivinen suhtautuminen liittyi erityisesti uuden toiminnan vuodeosastomaisuuteen ja huonoon valmisteluun. Sairaanhoidajat kokivat työnkuvan muuttuvan liikaa Herko-toiminnan myötä.

No hirvee vastustus siitä ainakin oli. Edelleen ei noi heräämön yövuorot kauheen haluttuja, eikä iltavuorotkaan sen takia et siellä on se potilashuone.

Pidän siitä, et asiat uudistuu ja menee eteenpäin ja tännekin saadaan tämmöstä uutta. Mutta harmittaa, että nää tällaiset uudet asiat kun tämä tuli sillai vähän huonosti valmisteltuna.

Meillä on ollut erillinen se niin sanottu vuodeosastohoito koska sitä ei ole täällä ollu niin, nämä ihmiset ei ole tottunu tekemään semmosta.

7.1.3 Vaikutusmahdollisuuksien puute

Sairaanhoidajat kokivat mahdollisuutensa osallistua Herko-toiminnan suunnitteluun hyvin huonoiksi. Uuteen toimintaan liittyi paljon epäselviä asioita eikä esimiehillä ollut antaa sairaanhoitajien kysymyksiin vastauksia. Herko-toiminnan käynnistymiseen ja toimintamallien luomiseen vaikuttaminen tuntui sairaanhoitajista mahdottomalta. Päätökset tuntuivat muualla tehdyiltä.

Et se mikä eniten ahdistaa, et kokee ettei ole päässyt oikeen vaikuttamaan siihen asiaa.

Mun mielestä tämä on tuotu tosi nopeesti ja tosi sillai, et ei ole ihan hirveesti kysytty meiltä asioissa. Ja jos me ollaan yritetty jotain palautetta antaa niin siihen on suhtauduttu vähän sillai, et tämä tulee nyt et pulinat pois.

Sitähän nyt ei meiltä kysytä, et sellanen alkaa vaan se oli jo muualla lyöty lukkoon, et tällänen järjestelmä otetaan käyttöön.

7.1.4 Tuki esimiehiltä

Sairaanhoitajat kokivat tuen saannin esimiehiltä vaihtelevana Herko-toiminnan alussa. Tukea saatiin enemmän oma yksikön esimiehiltä. Toisen osaston esimiehiltä tuen koettiin olevan osittain riittämätöntä ja suhtautumisen toisinaan epäasiallista. Herko-toiminnan käynnistyttyä osa sairaanhoitajista koki saaneensa paremmin tukea esimiehiltä muutosehdotuksiinsa kuin ennen toiminnan aloitusta.

No toisilta olen saanu hyvinkin paljon tukea, mutta sitte taas toisilta ei ollenkaan tai tosi niinku ärsyttäviä vastauksia mitä ei odottaisi saavan.

Mul on ainakin semmonen oma kokemus ne ei ole kauheesti nää meidän asiat mitä ollaan tuotu esille ole menneet läpi. Niitä ei ole ainakaan ruvettu millään lailla aktiivisesti muuttamaan.

Joitain muutosehdotuksia siinä tulee matkan varrella ja kehittämisehdotuksia niin niitä sitte esimiehien kanssa käydään läpi ja mietitään, et miten olis sitte järkevää sitä tehdä. Et niissä asioissa sitte saa kyllä tukea.

Ongelmana koettiin, etteivät esimiehet osallistu käytännön työhön eivätkä nähneet miten Herko-toiminta oli kuormittanut erityisesti ilta- ja yövuoron sairaanhoitajia heräämössä.

No heidän on tietysti hirveen vaikee kun he ei niitä nyt pääsääntöisesti hoida eikä ole tavallaan siinä hetkessä.

Yritettiin kuunnella paljon enemmän työntekijöitä mitä tällä hetkellä kuunnellaan ja tunnustettais kuinka rankka paikka heräämö on tällä hetkellä.

7.2 Muutoksen eteneminen

Herko-toiminnan käynnistämisen nopeus ja suunnitteleamattomuus korostui sairaanhoitajien kokemuksissa. Nopea eteneminen ja toiminnan suunnittelun puuttuminen aiheutti haasteita sairaanhoitajien omalle ja kollegoiden työssä jaksamiselle. Erityisesti huolta ja pelkoa koettiin potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Muutoksen eteneminen muodostui alaluokista: muutoksen nopeus, työssä jaksaminen ja potilasturvallisuuden tärkeys.

7.2.1 Muutoksen nopeus

Herko-toiminnan aloitus tapahtui sairaanhoitajien mielestä hyvin nopeasti. Tietoa muiden vastaavien yksiköiden toiminnasta ei ollut käytettävissä eikä benchmarking käyntejä tehty muualle. Sairaanhoitajien mielestä tutustumiskäynnit muihin yksiköihin olisivat helpottaneet toiminnan aloitusta ja tuoneen kaivattua lisätietoa Herko-toiminnasta. Tiedon hankkiminen uudesta toimintamallista oli jokaisen sairaanhoitajan oman kiinnostuksen varassa. Herko-toiminnan alussa sairaanhoitajat hyödynsivät omaa aikaisempaa osaamistaan.

Se vaan ilmoitettiin, et se alkaa seuraavalla viikolla piste. Ja että ne [potilaat] tulee siihen toimenpidehuoneeseen.

Se jäi vähän sellaiseksi vähän niinku, et ruvetaan ite suunnittelemaan sitä toimintaa ja millä tavalla tämä lähtee tästä sitte etenemään.

Jotenki olisin toivonu edes he [esimiehet] olis käyny katsomassa jossain muussa sairaalassa tätä toimintaa, koska siitä olis voinut saada jotain hyvää vinkkiä.

Herko-toimintamalli oli sairaanhoitajille uusi ja he olisivat kaivanneet enemmän valmistelua ennen toiminnan käynnistämistä. Yhteiset osastojen väliset keskustelutilaisuudet toiminnan suunnittelemiseksi olisivat sairaanhoitajien mielestä olleet tarpeen. Tilan toimivuutta ja Herko-potilaiden tarpeita ei sairaanhoitajien mielestä ollut mietitty lainkaan etukäteen. Herko-potilaille tarkoitetun huoneen (23h heräämö) varustelu olikin toiminnan alkaessa hyvin keskeneräinen ja epäkäytännöllinen.

Olisin kaivannut enemmän sitä yhteistyötä ja ihan tämmöstä työryhmää ja mietintää siitä, et mitä tämä asia on.

Tavallaan se, että jostain tilasta tehdään yhtäkkiä tommonen 23h, ilman että ajatellaan tarteeks siellä niin kauheesti mitään rakenteellisia muutoksia.

Et kaikki ne tilat ja muut on niiku tullu tässä toiminnan myötä sisustettuu ja mietittyä mitä siellä tarvitaan. Et ei siellä oikeestas ollu kun ne sängyt mistä lähdettiin.

Osa Herko-potilasryhmistä oli sairaanhoitajille uusia ja kotihoito-ohjeet olivat puutteellisia. Pyynnöistä huolimatta kotihoito-ohjeita ei saatu ja niitä jouduttiin laatimaan muun työn ohessa. Potilaiden uudentlaiset tarpeet ja kokemuksen puute joidenkin potilasryh-

mien ohjauksesta ja kotiuttamisesta lisäsi työn kuormitusta. Sairaanhoitajat kokivat kuitenkin, että heillä on ennen kaikkea itsellään vastuu oman osaamisen ylläpitämisestä.

Just niitä kotihoito-ohjeita ja tällöisiä. Eihän siinä alussa oikeesti tahtonut olla vaikka niitä kyseltiin et ne olis voinut ehkä ensin olla olemassa.

Ja tietysti niitä eri potilasryhmiä. Olis ehkä voinut vähän valmistautuu ehkä paremmin jos olis tiennyt ja ottaa etukäteen selvää niistä kotiutusasioista, koska kuitenkin siellä oli vähän oudompiakin potilasryhmiä.

7.2.2 Työssä jaksaminen

Sairaanhoitajat kokivat oman ja kollegoidensa jaksamisen olleen useasti koetuksella Herko-toiminnan käynnistyttyä. Ajoittain työyhteisön ilmapiiri oli hyvin negatiivinen, mikä lisäsi kuormitusta. Erityisesti rasitus lisääntyneestä työstä kohdistui leikkausosaston sairaanhoitajiin. Päiväkirurgian sairaanhoitajilta löytyi ymmärrystä kollegoidensa muuttuneeseen tilanteeseen. Herko-toiminnan lisääntyminen jokapäiväiseksi, pilotoinnin päätyttyä, aiheutti sairaanhoitajien mielestä lisää ongelmia työssä jaksamiselle. Kiireisten iltavuorojen jälkeen sairaanhoitajat kokivat itsensä erittäin väsyneiksi. Huoli kollegoiden jaksamisesta lisäsi sairaanhoitajien miestä työn kuormittavuutta.

Ihmiset on niinku paljon väsyneempiä ja sillai tietyllä tavalla kireempiä. Kyl siinä on tullu sitä semmosta vääntöä ja sanahakkaakin joskus, et kuka menee ja kenen vuoro on hoitaa.

Et tota kyllä mä ymmärrän et se on heille [leikkausosastolla] aika suuri muutos heillä on kädet täynnä töitä, se on meille [päiväkirurgiassa] ihan eri asia mun mielestä.

Ei sitä voi koko ajan vaan kasvattaa sillai vaan et ilmoitetaan meille et nyt tulee tällönen ja tällönen potilasryhmä lisää. Ei kyllä kauheen kauaa kestä ennen kun joku uupuu niinku totaalisesti tätä vauhtia.

Uusien asioiden opettelu työn ohessa koettiin raskaana. Herko-toiminta aiheutti usein tilanteita, joihin ei ollut olemassa valmiita toimintamalleja. Työtaakkaa lisäsi usein muuttuvat ohjeistukset Herko-toiminnan käytännöistä. Työnteon uskottiin kuitenkin helpottuvan Herko-toiminnan vakiintuessa ja yhteisten toimintatapojen muovautuessa käytäntöön.

Sun täytyy purkaa niitä ongelmia ja koittaa ratkasta ja sulla on ne potilaat mitkä voi olla tosi vaikee hoitoisia niin sun täytyy siitä revetä sinne 23 heräämööön ja se on tosi kuormittavaa.

Se on lisänny paljon sitä henkistä kuormittavuutta, koska se on niin uusi eikä siitä ole kunnolla ohjeita ja kokoajan ne ohjeet päivittyy ja tulee uusia ongelmia mitä ei ole huomioitu.

No tietysti alku on aina hankala ja pikku hiljaa siihen saadaan ne mitä siihen kuuluu.

Herko-potilaiden kanssa käytetyn ajan koettiin olevan pois muilta potilailta. Sairaanhoidajat kokivat, että he olivat ensisijaisesti heräämön vaikeampihoitoisia potilaita varten. Poissaolon omasta työpisteestä Herko-potilaiden vuoksi koettiin lisäävän kollegoiden työtaakkaa. Työmäärän lisääntyminen aiheutti sairaanhoitajissa myös riittämättömyyden tunnetta ja sairaanhoitajat kokivat, etteivät pystyneet tekemään työtään riittävän hyvin.

Tietysti sitä aina miettii siinä kun se on täältä yksiköstä jostain kohdasta pois, et kasaantuuko siinä työt sitte niinku muille.

Tuntuu et ei vaan saa hoidettua kaikkia potilaita niin hyvin kun haluais ja tarvis.

Sairaanhoidajat kokivat kuitenkin saaneensa kollegoilta apua tarvittaessa. Työyhteisöä pidettiin hyvänä. Ongelmatilanteista keskusteltiin kollegoiden kanssa ja ongelmat voitiin ratkaista yhdessä.

Kyllä meillä kuitenkin on niin hyvä porukka, et kyllä me siellä saadaan niinku yhdessä sovittua ne asiat et ne potilaat saadaan hoidettua mutta tosi paljon se voimia vie.

7.2.3 Potilasturvallisuuden tärkeys

Sairaanhoidajat kokivat potilasturvallisuuden takaamisen kaikissa tilanteissa ensisijaisen tärkeäksi. Pelkoa herätti erityisesti aluksi Herko-potilaiden sijainti heräämöstä erillisessä tilassa (23h heräämö). Leikkausosastolla ja päiväkirurgiassa sairaanhoitajat olivat tottuneet, että heillä on aina näkökontakti potilaisiin. Erillisessä huoneessa Herko-potilailla oli vain soittokello vuoteiden vieressä, eikä esimerkiksi lepotuolien lähetyvillä. Toisaalta sairaanhoitajat totesivat tilanteen olevan vastaava kuin vuodeosastoilla, jossa potilaat ovat omissa huoneissaan.

Samanlail he siel on kellopäässä ku osastollaki ja varmaan yhtä nopeesti se apu tulee sielläki kun osastolla.

Mutta niinhän ne on osastollakin, että tavallaan tottuu siihen että ne on koko ajan siinä silmien alla.

Sairaanhoitajilla kokivat huolta Herko-potilaiden pärjäämisestä 23h heräämössä ilman hoitajia. Sairaanhoitajat pitivät turvallisempaa vaihtoehtona useamman potilaan yöpymistä 23h heräämössä samanaikaisesti. Silloin potilaat voisivat tarvittaessa hälyttää toinen toisilleen apua. Huoli potilaiden karkaamisesta tai eksymisestä leikkausosaston tiloihin oli pahin erityisesti toiminnan aloitusvaiheessa. Myöhemmin sairaanhoitajat kokivat, ettei pelko potilaiden karkailusta ollut aiheellinen.

Se on aina hyvä jos siellä on kaksi, niin se toinen voi aina hälyttää apua jo jotain tulee.

Meillä oli ehkä enemmän semmosta, et potilaat vaeltelee täällä ja lähtee yöllä karkuun mut ei se ole se ongelma kyl ollenkaan.

Tärkeäksi koettiin säännölliset käynnit 23h heräämössä ja siitä tiedottaminen potilaille. Herko-toiminnan pilotoinnin alussa oli sovittu vähintään kahden tunnin välein tehtävistä kierroista 23h heräämööseen ja näistä sairaanhoitajien mielestä tulisi jatkossakin pitää kiinni. Sairaanhoitajien mielestä oli tärkeää luoda potilaille turvallisuudentunne ja rohkaista potilaita pyytämään tarvittaessa apua.

No en tiedä kuinka säännöllisesti hoitajat siellä käy, mutta mun mielestä pitäisi tehdä potilaalle selväksi silloin illalla, et siellä käydään tietyin välein. Et he voi soittaa sitä kelloa ja kipulääkettä saa tarvittaessa.

7.3 Toiminnan resursointi

Herko-toiminnan käynnistyttyä sairaanhoitajat kokivat henkilökunnan määrän olevan riittämätön lisääntyneen työn tekemiseen. Herko-potilaiden hoitoon osoitettu tila koettiin puutteelliseksi. Huoneen varustelu ja samaan aikaan käynnissä olevat muut muutokset lisäsivät sairaanhoitajien työmäärää. Toiminnan resursointi muodostui alaluokista: henkilökunnan riittävyys, tilan käytännöllisyys ja muutosten päällekkäisyys.

7.3.1 Henkilökunnan riittävyys

Sairaanhoitajat kokivat henkilökuntamäärän olevan riittämätön Herko-potilaiden turvalliseen hoitamiseen. Herko-toiminnan vuoksi tietyt työvuorot koettiin raskaina ja epämieluisina. Erityisesti iltavuorojen työmäärän koettiin lisääntyneen ja heräämön iltavuoroista oli tullut kiireisempiä. Herko-potilaat tarvitsivat ohjausta siirtyessään 23h heräämööseen ja ohjaamiseen kului välillä runsaasti aikaa. Tästä huolimatta heräämön iltavuorosta oli vähennetty yksi hoitaja. Työtä täytyi suunnitella tarkemmin, koska heräämööseen ei voinut jättää ketään sairaanhoitajaa yksin monen potilaan kanssa.

Se raskaus mikä tulee tulee iltavuoroon, koska sillon sun täytyy siellä käydä ja ohjata ja opastaa ja katsoa, et he pääsee vessaan ja viedä ne ruuat ja silloin on se kiireisin aika.

Jos tää kasvaa ja lisääntyy tavallaan koko ajan, meidän leikkaustoiminta pysyy samana ja potilaat on yhtä vaativia, niin tässä mun mielestä kärsii potilasturvallisuus.

Sun täytyy hiukan kattoa koska sä voit siirtää vaikka se olis kuinka siirtokutonen jo, et voitko sä lähtee siitä.

Kiireisinä ajankohtina sairaanhoitajien mielestä pitäisi saada heräämööseen apua joustavasti. Iltavuoroon he kokivat tarvittavan vielä vähennetyn sairaanhoitajan lisäksi yhden sairaanhoitajan lisää, koska Herko-toiminata oli lisännyt iltavuorojen työmäärää. Käytäntönä oli myös korvata heräämön sairaanhoitajilla salihenkilökuntaa, jos joku sairastui. Sairaanhoitajista tuntui, että esimiehet eivät arvostaneet heräämötyötä ja ajattelivat heräämön toimivan hyvin pienemmälläkin henkilökuntamäärällä. Sairaanhoitajien mielestä pitäisi ajatella myös potilasturvallisuutta eikä pelkästään säästöjä.

Sillon kun siinä on enemmän potilaita, niin siinä heräämössä pitäisi olla enemmän resursia et siinä olis yksi hoitaja enemmän.

Mun mielestä siinä vaarantuu potilasturvallisuus, koska sä et millään kerkeä katsomaan niitä kaikkia ja kuitenkin meidän heräämöpuolella voi olla tosi huonokuntoisiakin.

Tunnustettaisiin kuinka rankka paikka heräämö tossa isossa leikkurissa on, koska se on se paikka josta otetaan helposti ihminen jos tulee sairaalomalaisia.

Sairaanhoitajat kokivat, ettei nykyinen henkilökuntamitoitus mahdollista huonokuntoisten Herko-potilaiden hoitamista. Heräämöstä ei välttämättä ollut mahdollista irrottaa kahta sairaanhoitajaa samanaikaisesti hoitamaan huonokuntoisia Herko-potilaita. Ongelmaksi potilasturvallisuuden kannalta koettiin myös kiiretilanteet heräämössä. Kiiretilanteissa ei aina ehditty käydä riittävän usein Herko-potilaiden luona 23h heräämössä.

Sit siellä esimerkiksi potilas on niin huonokuntoinen, et ei se jaksakaan kävellä sieltä vessasta ja sä tarviit toisen ihmisen niin kyllä se on sitten aina hankalampaa.

Niin se, että käykin joku semmoinen kohta, että joku saa jonkun vakavamman sairauskohtauksen ja sitten sinne ei päästäkään heti.

7.3.2 Tilan käytännöllisyys

Herko-potilaille tarkoitetun 23h heräämöhuonetta pidettiin keskeneräisenä ja huonona. Tila oli toiminut ennen leikkausosaston toimenpidehuoneena, jossa oli tehty pieniä anestesiatoimenpiteitä. Ongelmana pidettiin myös 23h heräämön erillään oloa leikkausosaston heräämöstä ja päiväkirurgiasta, koska sairaanhoitajilla kului aikaa siirtymisiin.

Se tila on entinen toimenpidehuone, et vähän huonosti varusteltu tommoseen toimintaan.

Tietysti toiminta on hajautettu vähän tonne eri paikkaan, mut onhan senyt lähellä kuitenkin.

Huoneen varustaminen aiheutti sairaanhoitajille runsaasti lisätyötä muiden töiden lomassa. Erityisesti potilas- ja hoitotarvikkeita puuttui ja niitä jouduttiin hakemaan lisää potilasryhmien lisääntyessä. Aluksi ei tiedetty mitä tarvikkeita tarvitaan ja missä niitä säilytetään. Ongelmalliseksi koettiin tarvikkeiden etsiminen toisen osaston tiloista ja helpompana pidettiin hakea niitä omalta osastolta.

Sinne on niin kun yksitellen jouduttu kaikki tavarat viemään, et ei ole ollu läheskään valmis se huone kun sinne on ruvettu ottamaan potilaita.

Tosi paljon mäki olen vienyt tältä puolelta sinne tavaraa, et siihen on ollu sitte ihan osastonhoitajan lupa.

Jokaista tavaraa pitää hakee meiltä tai ruveta etsimään sieltä jos siellä huoneessa ei ole. Mieluummin hakee sitten täältä omalta osastolta kun sieltä lähtee etsimään.

Huonetta pidettiin liian pienenä eikä se ollut sairaanhoitajien mielestä kovin viihtyisä. Potilaspaikkoja 23h heräämössä oli neljälle potilaalle ja käytettävissä vain yksi wc. Yhden wc:n koettiin olevan riittämätön, erityisesti urologisten potilaiden kohdalla. Wc:n sijainti koettiin myös ongelmalliseksi, koska se oli hyvin lähellä yhtä vuodepaikkaa. Huoneesta puuttui myös asianmukaiset peseytymistilat, koska wc:ssä ei ollut kuin bi-deesuihku. Sairaanhoitajat kokivat, että potilaalla täytyy olla mahdollisuus käydä suihkussa. Suihkukäynti oli mahdollista järjestää päiväkirurgian tiloihin mikäli hoitajaresurssit mahdollistavat sen. Iltaisin ja öisin se ei koettu olevan mahdollista.

Se on pieni huone jos siellä on neljä potilasta niin vessa on ihan lähellä sitä yhtä sänkyä.

Kyllä sen [potilaan] pitäisi päästä suihkuun ja tuolla ei ole kyllä minkäänlaista mahdollisuutta ja et sä voi tuolta lähteä mihinkään suihkuun viemään.

Huoneessa ei ollut myöskään säilytyspaikkaa potilaille annettaville lääkkeille. Lääkkeitä jouduttiin hakemaan leikkausosaston tai päiväkirurgian lääkekaapeista. Lääkkeiden säilytystä 23h heräämössä pidettiin kuitenkin riskinä potilasturvallisuudelle.

Tällä hetkellä se lääkitys hoituu niin, et ne haetaan siitä meidän puolelta ja viedään sinne. Et sekin on aikalailla semmosta juoksemista edestakasin.

Mä ymmärrän, et sinne ei mitään opiaattiikaappia voi laittaa sinne huoneeseen, et se on sitte riski niitten lääkkeitten kanssa pelaaminen siellä.

7.3.3 Muutosten päällekkäisyys

Sairaanhoitajat kokivat muutosten päällekkäisyyden rasittavana. Herko-toiminnan pilotoinnin päätyttyä ja toiminnan lisääntyttyä otettiin leikkausosastolla käyttöön sähköinen anestesiakertomus. Päiväkirurgiassa jatkettiin edelleen periteisillä anestesiakertomuksilla eikä päiväkirurgian henkilökuntaa koulutettu vielä tässä vaiheessa käyttämään sähköistä anestesiakertomusta. Myös uuden tietojärjestelmän ajoittainen toimimattomuus toi työhön lisärasitusta.

Tämäkin [Effic] opettelu sitte ollu mukana mikä on tuonu sitte vielä lisää haastetta tähän heräämötööhön ja koko anestesiatyöhön. Se on lisänny sitä vaikeusastetta.

Se [Effic] vie hirveesti kanssa voimavaroja ja sitten kun se tietotekniikka ei aina toimi niin sitte siihen menee aikaa ja energiaa.

Tietokone ja mahdollisuus päästä potilastietojärjestelmään puuttuivat 23h heräämöstä kokonaan. Tietokoneen puute koettiin työtä lisäävänä, koska potilastietoja lukeminen ja kirjaaminen täytyi tehdä heräämössä tai päiväkirurgiassa olevilla tietokoneilla.

Kun ne tiedot on siinä heräämön puolella niin sitte sun pitää aina mennä katsomaan, et sulla on oikea potilas ja mitä lääkettä sä viet ja sitte seuraa-vaa.

Jotenkin vois ehkä kehittää, et ne tietojärjestelmät olis siellä lähempänä se ehkä nopeuttaa.

7.4 Hoidon potilaslähtöisyys

Herko-toiminnan nähtiin tarjoavan potilaille uutena hoitomuotona yksilöllistä ja hyvää hoitoa. Hoidon kulmakivinä pidettiin potilaan tarpeisiin vastaamista ja yksilöllisyyttä. Sairaanhoidajat osasivat myös arvostaa omaa ammattitaitoaan potilaslähtöisen hoitotyön toteuttajina. Hoidon potilaslähtöisyys muodostui alaluokista: hoidon laatu, potilaan yksityisyys, potilaan itsemääräämisoikeus ja laadukas potilasohjaus.

7.4.1 Hoidon laatu

Sairaanhoidajat kokivat oman ja työyhteisön osaamisen riittäväksi Herko-potilaiden hoitamiseen. Hoitotoimenpiteiden suorittamiseen sairaanhoidajat eivät kokeneet tarvitse- vansa lisäkoulutusta. Herko-potilaiden hoidonlaatu 23h heräämössä arvioitiin vähintään samantasoiseksi kuin vuodeosastollakin.

Katsoisin näillä vuosilla, et mä tunnen potilastyöskentelyn ja sosiaaliset tai- dot ja kädentaidot ja kliiniset taidot ne on ihan ok.

Kyllä mä niiku koen, et mun osaaminen on riittävää, koska se kuitenkin on pääsääntöisesti on hoitotyötä.

Eihän se käytännössä eroa mitenkä. Osastohoito on ihan yhtä turvallista samalla lailla ne osaa tarkkailla leikkauksen jälkeisiä asioit kun mekin.

Toisaalta kuitenkin sairaanhoitajat kokivat hoidon laadun ja oman osaamisen olevan parempaa kuin vuodeostolla. Herko-potilaille tarjottava hoito nähtiin ennen kaikkea potilaan tarpeet huomioivana ja sairaanhoitajat kokivat olevansa enemmän kontaktissa potilaisiin kuin vuodeosaston hoitajat. Omaisten parempi mukaan ottaminen kotiutustilanteeseen oli myös mahdollista Herko-toiminnan myötä.

Mut joku voi kokea sen turvallisemmaksi ja jollain lailla niinkun yksilöllisemmäksi hoidoksi kun he saa jäädä sinne leikkausosastolle.

Sitte me jutellaan [potilaiden kanssa] tässä yleensä keskenään. Tässä monta kertaa voi olla mieskin mukana.

Sairanhoitajat uskoivat potilaiden olleen tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Herko-toiminnan etuna nähtiin potilaan nopea toipuminen leikkauksesta ja nopea kotiutuminen. Sairanhoitajat kokivat Herko-potilaiden haluavan kotiutua mahdollisimman nopeasti. Myös sairauden kokemiseen nähtiin olevan vaikutusta, koska Herko-potilaat olivat kuvailleet sairaanhoitajille sairaudentunteen puuttumista.

Potilaat on pääsääntöisesti ollut ihan tyytyväisiä siihen.

Ehkä he toipuu sitte nopeammin kun tietää pääsevänsä seuraavan päivän pois.

Potilas voisi ajatella, et ei ole niin semmonen raskas sairaalamainen olo kun ei ole siellä osastolla.

7.4.2 Potilaan yksityisyys

Sairanhoitajat kokivat eri sukupuolta olevien potilaiden yöpymisen samaan aikaan 23h heräämössä ongelmallisena. Erityisesti rintasyöpäpotilaiden kohdalla nähtiin hyvänä, että kaikki potilaat olisivat naisia. Rintasyöpäpotilaiden koettiin olevan vielä sairautensa suhteen sokkivaiheessa, ja toisilta potilaita saatu vertaistuki nähtiin hyvänä ja toipumista tukevana asiana. Sairanhoitajat uskoivat muidenkin potilasryhmien voivan hyötyä vertaistuesta, jos samana päivänä leikattavat Herko-potilaat olisivat saman erikoisalalan potilaita.

Potilaat voi aamulla istua siellä pyöreän pöydän ympärillä ja keskustella sillä ja heillä on hirveän hyvää tukea toinen toisistaan, mutta jos siellä on se mies siellä huoneessa niin kyllä se semmoinen erilainen tunnelma siellä on.

Mutta tässä ihan jo joku päivä oli neljä rouvaa ja he jutteli ihan tosi pitkälle alkuyöhön asti pöydän vieressä ja he sai tukea toisistaan.

Potilaiden järjestystä huoneessa pitäisi sairaanhoitajien mielestä suunnitella ennen potilaiden siirtämistä 23h heräämööseen. Sairaanhoitajat kokivat, että potilaiden yksityisyyden turvaamiseksi eri sukupuolta olevien potilaiden sijoitteluun huoneessa täytyi kiinnittää erityisesti huomiota, etteivät potilaat kokisi oloaan vaivaantuneeksi huonejärjestyksen vuoksi.

Viimeksikin se miespotilas oli laitettu sinne niin, et kolme naista oli yhdellä seinällä ja se mies siellä yhdellä seinällä. Siitä oli suora katsekontakti niihin naisiin.

7.4.3 Potilaan itsemääräämisoikeus

Sairaanhoitajat kokivat 23h heräämön potilaalle, toisaalta vapaammaksi paikaksi, toisaalta kuitenkin rajoitetummaksi. Herko-potilaalla oli mahdollisuus syödä välipalaa ja keittää kahvia haluamaansa aikaan. Sairaanhoitajien mielestä potilaat viihtyivät 23h heräämössä hyvin. Huone oli kuitenkin pieni eikä sieltä voinut poistua oma-aloitteisesti.

Kyllä sen näkee kun sinne menee, et on semmonen kiva tunnelma. Monet on ihan pirteinä siellä jo. Kahvit on jo monta kertaa keitetty viiden kuuden aikaan.

Jotkut saattaa kokea sen ehkä vähän rajoitetuksi sen ympäristön, koska siinä on aika tiukassa se, et ollaan siinä huoneessa eikä kovin paljon ainaakaan voi lähteä mihinkään kahvilaan asti.

Huoneen sijainti leikkausosastolla lukittujen ovien sisällä koettiin ongelmallisena. Herko-potilailla ei ollut vapaata liikkumismahdollisuutta samoin kuin vuodeosastolla eikä omaisten vierailuja ollut mahdollista järjestää. Heräämön puhelinnumeroa ei annettu omaisille eikä 23h heräämössä ollut puhelinta potilaiden käyttöön. Yhteydenpito omaisiin tapahtui potilaan oman puhelimen kautta.

Tietysti ollu hankaluus jos sitte haluaisi, et se omainen olisi siinä illalla, niin se ei ole tuolla mahdollista.

Se on vaan se puhelin kontakti sitten, et siinä on ollu jotain tietynlaisia hankaluuksia jos he [potilaat] on pistänyt puhelimen kiinni niin sitten ei ole saanut omaiset yhteyttä.

7.4.4 Laadukas potilasohjaus

Sairaanhoitajat kokivat Herko-potilaiden kotiutusprosessin tärkeäksi ja paljon osaamista vaativaksi. Päiväkirurgiseen kotiutusprosessiin verrattuna Herko-potilaiden kotiutuksessa täytyi huomioida paremmin potilaiden perussairaudet ja kotiolosuhteet, koska toimenpiteet ovat isompia ja potilaat monisairaampia kuin päiväkirurgiset potilaat. Kotiutusta pidettiin haastavana, koska ensikontakti potilaaseen oli useimmiten kotiutusvaiheessa ja potilas oli kotiuttajalle entuudestaan tuntematon.

Suurin muutos oli, et tämä kotiutusprosessi vietiin pidemmälle mitä aikaisemmin. Eli piti suunnitella niitä kotioloja vielä pidemmälle ja mitä ne on ne jatkot ja kaikki nämä muut lääkitykset.

Kuinka iso prosessi se sit kuitenkin on se kotiutus kun ei ole hoitanut potilaita edellisenä päivänä niin se ei aina ole niin helppoa.

Kotiutuksen sujuvuuden takaamiseksi sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi, että potilaan jatkohoitosuunnitelma oli mietitty valmiiksi. Erityistä huomiota lääkärin tulisi sairaanhoitajien mielestä kiinnittää kotilääkityksen ajantasaisuuteen. Herko-potilaan kotiutuksessa sairaanhoitajien mielestä tuli antaa potilaalle mukaan perusteellinen epikriisi ja hyvät kirjalliset kotihoito-ohjeet suullisen ohjauksen lisäksi. Kotiutusvaiheessa Herko-potilaalle täytyi opettaa myös tarvittavat kotona suoritettavat hoitotoimenpiteet, kuten dreenin hoito ja sidevaihdot.

Tietysti kirurgin pitäisi siinä saneluissaan ja kaikissa miettiä se potilaan jatkohoito tosi pitkälle. Et mikä on tämä potilaan lääkitys nyt, muutetaanko sitä, mitkä lääkkeet loppuu, mitä jatkuu. Tehdä kaikki reseptit valmiiksi.

Mutta tosi tarkka näiden kansa on oltava siinä, että he saa kaikki ne jatko-aikansa. Että se hoitaja joka tietysti kotiuttaa täytyy huolehtia se, että kaikki tulee ja kaikki ohjeistaa.

Yleensä sen sitten aika hyvin oppii kun heitä sitten opetetaan miten sen kanssa toimitaan.

Sairaanhoitajat kokivat Herko-potilaiden saavan laadukkaan ohjauksen kotiutusvaiheessa. Herko-potilaiden kanssa käytettiin niin paljon aikaa kun tarve vaati ja heidät huomioidiin yksilöinä. Kotiutustilanne pyrittiin pitämään potilaalle rauhallisena ja kiireettömänä.

Kaikki käydään ihan perusteellisesti läpi, annetaan kaikki jatkoajat, kipulääkkeet mukaan, tilataan taksit, varmistetaan että kotona on kaikki hyvin.

Että se, potilaskohtaista on se kotiutus siellä.

Siihen mä olen ainakin pyrkinyt et olisi niin kun semmoinen turvallinen tyytyväinen potilas kun lähtee pois.

Sairaanhoitajat mielestä potilaat olivat aamulla hyvävointisia ja lähtivät mielellään aikaisin kotiin. Herko-potilaat olivat sairaanhoitajien mukaan tyytyväisiä hoitoonsa ja ovat kokeneet nopean hoitoprosessin hyvänä.

Kaikki on hyvin iloisia et pääsee kotiin nopeasti ja suurin osa on ollut tosi hyvä kuntosia.

He on ollu siinä mielessä tyytyväisiä se on niin nopea se prosessi et saa omat vaatteet päälle ja omat tavarat.

7.5 Toiminnan kehittäminen

Herko-toiminta nähtiin potilaille hyvänä hoitomuotona. Sairaanhoitajat kokivat nykyisen toiminnan vaativan selkiyttämistä ja eri toimijoiden yhteistyön parantamista. Tiedon parempaan kulkuun tulisi jatkossa kiinnittää huomiota. Toiminnan kehittäminen muodostui alaluokista: tulevaisuuden toimintaa, hoitopolun yksinkertaistaminen, työn organisointi ja osastojen yhteistyö.

7.5.1 Tulevaisuuden toimintaa

Herko-toiminta nähtiin tulevaisuuden toimintana. Pilotoinnin koettiin onnistuneen hyvin. Sen jälkeen toiminta oli lisätty moninkertaisesti ja sairaanhoitajien mielestä vuodeosastojen ylikuormitus oli helpottunut. Tärkeänä pidettiin jatkossa toiminnan suunnitte-

luun panostamista, koska toiminnan uskottiin edelleen lisääntyvän. Eri erikoisaloiden kirurgit olivatkin osoittaneet jo kiinnostusta Herko-toimintaa kohtaan.

No onhan tämä ihan ihanteellinen, et potilaan hoitoajat lyhenee ja tämä on niinku semmonen hieno mahdollisuus.

Musta ihan hyvää tulosta meillähän on ihan hirveet määrät ollu potilaita täällä jo.

Että toi osaston kuormittavuus sitte niin tää antaa siihen mahdollisuuden. Et siksi tähän tarttiskin satsata tähän suunnitteluun ja semmoseen niinku kehittämiseen.

Herko-toiminta haluttaisiin nähdä tulevaisuudessa niin potilaalle kuin hoitajallekin mielekkäänä toimintana. Toimina nähtiin pääosin positiivisena lisänä työhön. Toiminta nähtiin myös mahdollistajan osastopaikkojen vähentämiselle. Sairaanhoitajat uskoivat päiväkirurgian ja muun lyhytjälkihoitoisen kirurgian lisääntyvän jatkossa.

Mun mielestä tämä on hyvä asia, tätä on muissa sairaaloissa.

Näin se varmaan tulevaisuudes tulee meneen, että että enemmän kotiutetaan tosta yksiköstä uskoisin.

7.5.2 Hoitopolun yksinkertaistaminen

Tämänhetkisen Herko-toiminnan koettiin olevan liian hajautettua. Herko-potilaiden hoitopolkua pidettiin sekavana ja potilaalla koettiin olevan hoitokontakteja liian moneen yksikköön. Osa potilaista oli sairaanhoitajien mukaan kokenut hoitopolkunsaa liian sekavaksi. Erityisesti kotiutuksesta vastaavat sairaanhoitajat kokivat oman hoitokontaktinsa potilaaseen liian lyhyenä. Potilaan hoidon jatkuvuutta pidettiin tärkeänä. Nykyisessä toimintamallissa se ei ollut sairaanhoitajien mielestä mahdollista, koska niin monen yksikön sairaanhoitajat osallistuivat Herko-potilaiden hoitoon.

Nythän siinä on aika monta potilaskontaktia näillä. Ne on poliklinikalla, osastohaastattelussa, sitte ne on leikossa, sitte ne menee leikkausosastolle, sitte 23, sitte ne tulee päiväkirurgiaan.

Nyt on ainakin osa potilaista sanonut, et ei oikein tiedä mikä tämä heidän polku on.

Mä tykkäisin, et olisi sama ihminen joka ottaa heitä vastaan ja sitte kotiuttaa.

Huonokuntoisten, monisairaiden ja kovin iäkkäiden potilaiden nähtiin kuuluvan vuodeosastolle. Sairaanhoitajien mielestä Herko-potilaiden täytyisi olla omatoimisia, koska leikkaus itsessään koettiin haasteeksi potilaan selviytymiselle. Toisaalta taas todettiin potilaiden olevan nykyään yleisesti iäkkäämpiä ja monisairaampia. Sairaanhoitajat epäilivät paineen huonokuntoisempien potilaiden hoitamiseen 23h heräämössä kasvavan tulevaisuudessa kun leikkaustoimintaa halutaan tehostaa.

Se ikäjakausma mun mielestä se on aika iäkästä, että osa ei ehkä mun mielestä olisi tämän yksikön asiakkaita, pitäisi olla vuodeosaston potilaita.

Nyt jo muutaman kerran tullut ylilyönti, et minkä tyyppisille potilaille tämä on tarkoitettu. Et osataan vetää se raja et pysyisi semmoisissa aisoissa, et ne on todellakin potilaita, jotka pystyy itse huolehtimaan itsestään leikkauksen jälkeen.

Koska se paine tulee olemaan sellanen, et tuohon on aina laitettava huonompikuntoista koska osastoilla ei ole fyysisesti tilaa.

Sairaanhoitajien mielestä Herko-potilaiden hoitopolkua tulisi yksinkertaistaa ja he esittivät erilaisia hoitopolkumalleja. Päiväkirurgian roolin kasvattaminen Herko-potilaan hoitopolussa nähtiin luontevana vaihtoehtona hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Päiväkirurgiassa koettiin olevan jo valmiiksi vaadittava ammattitaito potilaiden hoitamiseen ja turvalliseen kotiuttamiseen. Potilaiden toivottiin saapuvan sairaalaan päiväkirurgian kautta. Sairaanhoitajat esittivät myös mallia, jossa potilaat myös leikattaisiin päiväkirurgian leikkaussaleissa. Leikkausosaston sairaanhoitajien mahdollisuutta kotiuttaa Herko-potilaita pidettiin myös yhtenä vaihtoehtona. Keskeistä oli halu vähentää yksiköitä, joihin potilaalla olisi hoitokontakti.

Potilas tulisi päikin kautta, jäisi se leiko vaihe pois.

Niin kun, et olisi leikattu [potilaat] meillä [päiväkirurgiassa] ja menisi sinne yöpymään ja me kotiutettaisiin ne sieltä.

Voisko ne potilaat tulla meidän kautta [päiväkirurgia] myös, et olisi siinä se ensikontakti jo potilaaseen ja tietysti se, että voisiko sitten toiseltakin puolelta [leikkausosasto] kotiuttaa niitä.

7.5.3 Työn organisointi

Heräämöseurannan aikana Herko-potilaat olivat hajallaan heräämössä ja useampi sairaanhoitaja osallistui heidän hoitoonsa. Työnjako leikkausosaston heräämössä koettiin epäselväksi. Järkevämpänä nähtiin työnjako, jossa Herko-potilaat ovat sovittujen sairaanhoitajien vastuulla heräämössä ja siirryttyään 23h heräämööseen. Selkeämpi työnjako parantaisi sairaanhoitajien mielestä Herko-potilaiden hoidon laatua.

Tässä helposti käy niin et ajatellaan, et se tekee ja se kuuluu sille.

Kun he siirtyy tuonne 23 heräämön puolelle niin siinä se olisi jotenkin yhden kahden hoitajan käsissä, et se jatkuvuus menisi sinne ja sellainen tasainen laatu.

Olisko se sitten hyvä asia, että siinä olisi joku selkeämpi vielä meidän hoitajista joku tietty vuoro hoitaisi niin kun sitä enemmän.

Potilaiden sijoittelu lähelle toisiaan nähtiin helpottavan työskentelyä heräämössä. Hyvänä nähtiin myös sama leikkaustiimi ja anestesia lääkäri kaikilla saman päivän Herko-potilailla.

Potilaiden paikat kun ne tulee tuolta salista niin ne on aika hajalla sitte tossa meillä isossa heräämössä, et ei ole ajateltu, et niin olisi jotkut tietyt paikat mistä ne siirtyisi.

Ajattelisin jopa, että keskitettäisiin tiettyinä päivinä tietyt salit näiden 23 heräämöpotilaiden leikkaukseen, että olisi sama anestesiahoitaja ja lääkäri ja koko tiimi.

Lääkäreillä ja poliklinikan hoidonvaraajalla koettiin olevan suuri vastuu Herko-potilaiden valinnassa, arvioidessaan potilaan omatoimisuutta ja pärjäämistä, lyhyen poliklinikkakäynnin aikana. Sairaanhoitajien mielestä Herko-hoitopolku edellyttää ehdottomasti potilaalta omatoimisuutta. Mikäli potilaan hoitoprosessi kulkisi Leiko-yksikön sijasta päiväkirurgian kautta, päiväkirurgian hoidonvaraajalla olisi mahdollisuus vaikuttaa potilasvalintaan ja hänellä olisi paremmat mahdollisuudet tutustua potilaisiin etukäteen.

Ensinnäkin se vaatisi, et lääkärit oppisi uusille tavoille, et se potilas valinta toimenpide valinta se olisi se kaiken tärkein.

Se, et pystyy siinä pienessä ajassa näkemään siitä potilaasta, et onko tämä semmonen joka selviää tämmösessä.

Sillon me [päiväkirurgia] voitaisiin hoidonvaraajanakin vähän vaikuttaa siihen potilasvalintaan.

Tärkeänä pidettiin potilaille Herko-toiminnasta annettavan tiedon ja mielikuvan paik-kansapitävyyttä. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan osa Herko-potilaista odotti vuo-deosastohoitoa tasokkaampia palveluita, mitä ei ollut mahdollista tarjota. Pilotoinnin alussa oli puhuttu potilashotelli toiminnasta, mutta sen niminen käytöstä oli luovuttu nopeasti. Sairaanhoitajat kokivat, ettei 23h heräämön hoitoa ja potilashotelli toimintaa voinut verrata keskenään.

Kuitenkin sitte semmonen asia, et ihan selvästi potilaat odottaa täältä toisi-naan enemmän 23:lta. Koska yhtenä päivänä oli joku potilas jopa sanonut, et voitteko tuoda sen aamupalalistan, et hän voi ruksia mitä hän haluaa.

En tiedä millä nimellä tosta puhutaan potilaille kun ne tulee tänne, kun poti-lashotellihan on eri asia. Kun tässä puhuttiin ensin hotellista, mutta sehän on eri asia.

7.5.4 Osastojen yhteistyö

Yhteistyön leikkausosaston ja päiväkirurgian välillä sairaanhoitajat kokivat pääosin hy-väksi. Säännölliset Herko-toiminnan kehittämispalaverit ja yhteistyön lisääminen osas-tojen välillä nähtiin tarpeellisenä. Toiminnan kehittämiseen haluttiin esimiesten lisäksi käytännöntyötä tekevät sairaanhoitajat. Tähän asti suunnittelupalaverit olivat olleet lää-käreille ja esimiehille tarkoitettuja. Sairaanhoitajien yhteisiä keskustelutilaisuuksia ei ollut järjestetty. Toisaalta sairaanhoitajat pelkäsivät, ettei kehittämistä vaativia asioita kuitenkaan uskallettaisi tuoda ilmi, jos yhteisiä palavereja järjestettäisiin.

Minä en koe, et se olisi ollu huonoa mitenkään meidän yhteistyö. Minun mielestä se on toiminut tosi hyvin tässä mitä minä olen tässä ollut.

Ja se, että siihen [kehittämispalaverit] osallistuisi ne henkilöt, jotka todella-kin on siinä ollut mukana. Sittenhän on aina tämä tämmöinen, et puheita on ja kun kysytään niin kenelläkään ei ole mitään mielipidettä kuitenkaan.

Sairaanhoitajat kokivat, että yhteistyön osastojen välillä tulisi olla vastavuoroista. Molempien osastojen vahvuudet ja osaamisalueet tulisi huomioida. Omia työskentelytapoja täytyisi miettiä uudelleen ja tiukasta tehtäväjaosta tulisi luopua.

Ja sitte tietysti se, et meidän puolelta voisi olla, täytyy olla, muunkinlainen ajatus kun se et ne [potilaat] vaan nukkuu. Et päiväkirurgia tulee sitten hoitamaan aamulla. Et ei lähdettäisi niinku tälle linjalle yhteistyössä.

Kyl täytyis kokoajan muistaa, et ollaan sen potilaan asialla ja se potilaan hyväksi tätä tehdään ja se potilas on ykkönen. Et täytyis tavallaan ajatella niin, eikä se te me tehdään nämä ja vaan nämä ja miks te ette et ole tehny näitä ja noita.

Sairaanhoitajien mielestä Herko-potilaan hyvään hoitoon ja ohjaukseen, hoidon kaikissa vaiheissa, tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Sairaanhoitajien mielestä leikkausosaston sairaanhoitajien tulisi muuttaa työtettään enemmän potilasta ohjaavaksi. Herko-potilaan hyvän hoidon kriteerit tulisi miettiä yhdessä.

Potilaat kyselee nyt eritavalla. Kyllä sun täytyy vähän tietääkin siitä jo enemmän asioita eteenpäin. Se ei anna mun mielest hyvää kuvaa siitä osastosta jos ei siellä enää sit hoitajat tiedäkään, et mitä tehdään ja muuta.

Nääkin on semmosia asioita mitä vois puhua ääneen ja miettiä et mitä kuuluu nyt tietää ja mitä olis hyvä tietää, että olis tällöinen hyvä kokonaisvaltanen hoito.

Tiedonkulku koettiin toisinaan puutteelliseksi osastojen välillä ja sen parantaminen nähtiin tärkeänä. Ongelmatilanteita oli syntynyt erityisesti silloin, kun päiväkirurginen potilas siirtyi 23h heräämöönsä yöpymään. Päiväkirurgian sairaanhoitajat kokivat tiedonkulun ongelmien johtuvan toisen osaston suuresta henkilökuntamäärästä. Aina tieto ei tavoittanut kaikkia vuorossa olevia, vaikka sitä olisi ollut tarjolla. Hyvän raportoinnin merkitys kaikissa vaiheissa koettiin tärkeäksi. Sairaanhoitajien mielestä hoidon jatkuvuuden takaamiseksi tuli jatkossa miettiä raportointikäytäntöjä.

Jos tulee [potilas] päikin puolelta niin siitä ei aina välttämättä muisteta ilmoittaa.

Siellä [leikkausosastolla] on kanssa niin iso henkilökuntamäärä, että tieto ei varmaan aina kulje ihan niin sujuvasti ja se jää johonkin ja sitten on niitä, jotka ei tiedäkään ja siten tulee jotakin tilanteita.

Miten hyvän raportin sä annat sit iltavuorolle niin se on vielä aikataavalla semmonen jäsentelemätön, et siihen kannattais kiinnittää huomio.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Aiheen valintaa pidetään ensimmäisenä eettisenä ratkaisuna, jonka tutkija joutuu tekemään. Tutkijan tulee miettiä mikä on tutkimuksesta saatava hyöty, suhteessa sen haittoihin. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla tutkijan aito kiinnostus tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218; Tuomi & Sarajärvi 2013, 129). Tämän opinnäytetyön aihe oli työelämälähtöinen ja sitä ehdotettiin opinnäytetyöntekijälle päiväkirurgian osastonhoitajan toimesta. Opinnäytetyön tekijä oli lisäksi itse hyvin kiinnostunut aiheesta, koska Herko-toiminta on Suomessa uutta ja aiheena ajankohtainen. Toiminnan kehittämistä saatava hyöty tulee ilmenemään tulevaisuudessa potilaiden hoitoprosessin laadun paranemisena ja kehittymisenä. Lyhytkirurgisen toiminnan kehittäminen luo mahdollisuuden säästöille ja kohdentaa henkilökunnan resursseja taloudellisemmin.

Tutkimuksen eettinen toteutus ja raportointi edellyttävät hoitotieteellisen tutkimuksen perinteiden ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Tutkimuksen tekemiseen vaaditaan yleensä tutkimuslupaa kohdeorganisaatiolta. Henkilökuntaan kohdistuva tutkimus ei yleensä edellytä eettisen toimikunnan lupaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221–222.) Opinnäytetyölle haettiin asianmukaisesti tutkimuslupa ja se saatiin Satakunnan keskussairaalan hoitotyön kehittämisryhmältä maaliskuun 2015 alussa. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu.

Tutkimukseen osallistuvien valinnassa täytyy huomioida, että osallistujat edustavat mahdollisimman laaja-alaisesti tutkittavaa ilmiötä (Leino-Kilpi 2004, 289). Tähän opinnäytetyöhön otettiin mukaan haastateltavia sekä leikkausosastolta että päiväkirurgiasta, koska Herko-toiminnan tuomat muutokset näkyivät niissä eritavalla. Tavoitteena oli saada aineistosta mahdollisimman kattava.

Tutkimukseen osallistuminen täytyy perustua täyteen vapaaehtoisuuteen ja tietoiseen suostumukseen. Tietoisien suostumusten edellytys korostuu erityisesti sensitiivisissä tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219; Kylmä & Juvakka 2007, 138, 144–145; Tuomi & Sarajärvi 2013, 131.) Opinnäytetyöhön osallistuminen

oli kaikille sairaanhoitajille täysin vapaaehtoista. Kaikilta haastateltavilta saatiin kirjallinen suostumus. Haastateltaville ei maksettu palkkiota, eivätkä he saaneet muutenkaan taloudellista hyötyä haastatteluun osallistumisesta. Opinnäytetyön aihe ja kohderyhmä ei varsinaisesti ollut sensitiivinen. Aiheeseen suhtauduttiin kuitenkin hyvin tunnepitoisesti ja osa sairaanhoitajista koki, ettei halua puhua aiheesta. Haastateltavien osallistumishalukkuuteen saattoi vaikuttaa myös opinnäytetyöntekijän työskentely päiväkirurgianyksikössä ja asema kollegana. On mahdollista, että tällä saattoi olla vaikutusta sairaanhoitajien halukkuuteen osallistua opinnäytetyön teemahaastatteluun. Tämän vuoksi opinnäytetyöntekijä ei halunnut millään tavalla painostaa kollegoitaan osallistumaan haastatteluun.

Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin säilyminen täytyy taata kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Mikäli osallistujia on vähän, tulee taustatiedot ilmoittaa niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä osallistujaa. Tarvittaessa anonymiteetin suojaamiseksi alkuperäisilmausten murresanot muutetaan yleiskielisiksi ilmaisuiksi tunnistettavuuden vähentämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221; Kylmä & Juvakka 2007, 153.) Opinnäytetyön kohderyhmään kuuluvia sairaanhoitajia oli määrällisesti vähän. Haastatteluun osallistuneiden sairaanhoitajien anonymiteetti pyrittiin takaamaan ilmoittamalla taustatietoina olleet ikä ja työkokemus vaihteluväleinä. Aineiston analyysissä on pyritty säilyttämään mahdollisimman hyvin haastateltujen sairaanhoitajien oma ääni. Opinnäytetyön tuloksissa esitettyjen suorien lainausten murresanot kuitenkin muutettu osittain yleiskielelle, koska haastateltavat olisi voinut tunnistaa murresanon ja sanontojen perusteella.

Tutkimuksen raportointi ja analysointi huolellisuus on edellytyksenä hyvän tieteellisen käytännön toteutumiselle. Tutkimuksen raportissa annetaan arvo toisten tutkijoiden saavutuksille asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkimuksen vaiheet raportoidaan rehellisesti ja yksityiskohtaisesti. Aineisto analyysissä noudatetaan tarkkuutta ja vältetään havaintojen vääristelyä tai sepittämistä. (Leino-Kilpi 2004, 287; Kylmä & Juvakka 2007, 154–155; Tuomi & Sarajarvi 2013, 132–133.) Opinnäytetyön toteutuksessa on hyödynnetty useita tutkimuksia sekä muuta kirjallista aineistoa. Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt lähdemerkinnöissä huolellisuuteen, ja kunnioittamaan alkuperäisiä tutkijoita ja heidän tuloksiaan. Tämän opinnäytetyön toteutuksessa ja raportoinnissa on pyritty noudattamaan kaikissa vaiheissa hyvän tieteellisen tavan periaatteita ja kuvaamaan mahdol-

lisimman tarkasti ja rehellisesti opinnäytetyön vaiheet. Aineiston analyysissä on pyritty tuomaan mahdollisimman tarkasti haastateltavien oma ääni kuuluviin.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi on tutkijan ja koko tutkimusprosessin luotettavuuden arviointia (Eskola & Suoranta 2014, 211; Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tutkimuksen laadun arvioiminen edellyttää tarkasti kuvattua ja perusteltua tutkimusprosessia ja sen kuvaamista tutkimusraportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tämän opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnin kriteereinä käytetään Kylmän ja Juvakan (2007, 127–129) luokitusta, joka muodostuu uskottavuudesta, vahvistettavuudesta, refleksiivisyydestä ja siirrettävyydestä.

Uskottavuudella tarkoitetaan aineiston ja tulosten vastaavuutta toisiinsa nähden. Uskottavuutta lisää tutkijan asiantuntemus tutkittavasta aiheesta ja tutkimukseen osallistuvien ajattelun ymmärtäminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyöntekijä työskenteli päiväkirurgiassa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Perioperatiivisen prosessin ja toimintaympäristön tuntemus lisäsi opinnäytetyöntekijän luotettavuutta aineistoanalysoinnissa.

Laadullisessa tutkimuksessa osallistujien määrää tärkeämpää on saadun aineiston rikkaus. On tärkeää tavoittaa ne henkilöt, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta aineiston. Aineiston riittävyttä arvioitaessa voidaan puhua aineiston kylläntymisestä (saturaatio). Tällöin aineisto alkaa toistaa itseään ja haastateltavat eivät anna enää tutkimuksen tulosten kannalta uutta tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 85; Tuomi & Sarajärvi 2013, 85–89.) Kaikilla haastatteluihin osallistuneilla sairaanhoitajilla oli omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta. Näin ollen haastateltuja sairaanhoitajia voitiin pitää asiantuntijoina. Haastateltavien kokemukset opinnäytetyön aiheesta olivat hyvin samansuuntaisia ja aineisto alkoi nopeasti toistaa itseään. On kuitenkin mahdollista, että lisähaastattelut olisivat tuoneet lisätietoa ja uusia näkökulmia tutkittavaan aiheeseen.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan tulosten toistettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan omien, aineistosta tehtyjen päätelmien rooli on merkittävä, eikä toinen tutkija välttämättä päädy analyysissään samoihin tuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tutkimuksen raportti tulee olla riittävän yksityiskohtainen, jotta lukijan on mahdollista vakuuttua tutkimuksen tekijän ratkaisuksista ja arvioida tutkimuksen toteutuksen luotettavuutta (Nieminen 2006, 220). Tämän opinnäytetyön raportissa on pyrittymahdollisimman tarkasti kuvaamaan opinnäytetyö kaikki vaiheet. Tulosten analysointi on kuvattu esimerkein, josta lukija voi seurata opinnäytetyöntekijän tekemiä ratkaisuja.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan ymmärrystä omasta vaikutuksestaan tutkimuksen tuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyöntekijän osallistuminen kohdeyksiköiden jokapäiväiseen toimintaan päiväkirurgian työntekijänä on todennäköisesti ollut vaikutusta aineiston tulkintaan. Ennen haastattelujen tekemistä opinnäytetyöntekijä pyrki tietoisesti välttämään Herko-toimintaan liittyviin keskusteluihin osallistumista, ettei mielipiteillään ohjaisi haastateltavien ajattelua. Aineiston analyysiä tehdessä opinnäytetyöntekijä tiedosti omien ennakkokäsitysten voivan vaikuttaa aineiston analyysiin ja pyrki pyyhkimään mielestään ennakkokäsityksensä Herko-toiminnasta.

Menetelmänä teemahaastattelu on aikaa vievä ja osaamista vaativa. Haastattelujen luotettavuutta voi heikentää haastattelijan kokemattomuus. Luotettavuutta parantaa ennalta laaditut teemat syventävine kysymyksineen. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34–35.) Laadullinen tutkimusmenetelmä ja teemahaastattelun käyttö aineiston keruumenetelmänä oli opinnäytetyöntekijälle uusi. Haastattelun edetessä opinnäytetyöntekijän taidot haastattelijana kehittyivät. Tämä näkyi erityisesti lisäkysymysten luontevammassa käytössä. Kokemattomuus tutkijana ja laadullisen menetelmän käyttäjänä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimustulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan samanlaisen tutkimusasetelman toteuttamista toisessa ympäristössä. Tutkimusraportin täytyy antaa riittävästi tietoa tutkimusasetelmasta ja sen osallistujista. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Opinnäytetyön toteutus ja haastatteluihin osallistuneet sairaanhoitajat on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, vaarantamatta haastateltujen sairaanhoitajien anonymiteettiä.

8.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulosten perusteella Herko-toiminnan tuoman muutoksen kokemiseen liittyi voimakkaita tunteita. Herko-toiminnan käynnistymisen äkillisyys ja epätietoisuus omaan työhön kohdistuvista muutoksista aiheutti sairaanhoitajissa ahdistusta ja muutosvastarintaa. Toisaalta kuitenkin Herko-toimintaa pidettiin tervetulleena uudistuksena, vaikka se lisäikin työmäärää. Siitä nähtiin olevan etua potilaalle erityisesti hoitoaikojen lyhenemisenä. Myös Rantasen (2012, 32–34) ja Laineen (2010, 29–32) tutkimuksissa muutos koettiin äkillisenä, vaikka arvailuja muutoksesta oli ollut jo pitkään. Perustelemalla muutos potilaan edun mukaisena muutosvastarintaa voidaan vähentää (Kokkinen 2013, 61). Työmäärän lisääntymistä ei välttämättä pidetä negatiivisena, jos potilaan nähdään hyötyvä muutoksesta (Tialan 2013, 29). Muutos voidaan nähdä myös mahdollisuutena työtapojen muuttamiselle ja hoitotyön kehittämiseksi (Rantanen 2012, 40, 42).

Herko-toiminnan aloitus koettiin hyvin nopeana. Ennen toiminnan aloitusta Herko-toimintaa ei juurikaan suunniteltu eivätkä sairaanhoitajat osallistuneet suunnitteluun. Sairaanhoitajat kokivat, ettei heillä ollut minkäänlaista mahdollisuutta vaikuttaa Herko-toiminnan käynnistymiseen. Laineen (2010, 27) mukaan muutoksen suunnitteluvaiheessa suunnittelun ulkopuolelle jättäminen aiheuttaa henkilökunnassa tunteen, ettei esimiehillä ole kiinnostusta henkilökunnan mielipiteille. Pitkäjänteisyyden puute toiminnan suunnittelussa näkyy nopeina muutoksina, joihin henkilökunnalla ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa (Rantanen 2012, 36). Vaikutusmahdollisuuksien puute lisää Kokkisen (2013, 67) mukaan henkilöstön riskiä negatiiviseen asenteeseen muutosta kohtaan ja muutokseen sitoutumattomuuteen. Muutosta voidaan vastustaa silti, vaikka henkilökunta kokisikin saaneensa vaikuttaa muutokseen (Rahkonen 2007, 50–51).

Esimiehiltä saatu tuki koettiin osittain riittämättömänä. Sairaanhoitajat olisivat halunneet tulla paremmin kuulluiksi ja esittää kehittämis ehdotuksia. Esimiesten osallistumattomuus käytännön hoitotyöhön vaikeutti sairaanhoitajien mielestä heräämötyötä tekevien tilanteen ymmärtämistä. Rantasen (2012) mukaan henkilökunnan kuulluksi tulematomuus voi nostaa esiin negatiivisia reaktioita. Tästä syntyy kokemus, ettei heidän työtään arvosteta. Pettymys työnantajaa kohtaan lisääntyy. (Rantanen, 2012 37, 49.) Esimiesten toivotaan olevan paremmin selvillä käytännön työstä ja enemmän läsnä. Vastuu muutoksen läpiviennistä täytyy olla selkeästi esimiehillä. Esimiehiltä odotetaan myös

henkilökunnan puolien pitämistä ja heidän tilanteensa ymmärtämistä. (Ihavaara 2013, 24–28.)

Oman osaamisensa sairaanhoitajat kokivat riittäväksi. Uuden Herko-toimintamallin nähtiin kuitenkin lisäävän sairaanhoitajien työmäärää ja edellyttävän parempia taitoja potilasohjaukseen. Uusien asioiden opetteleminen muun työn ohessa koettiin raskaaksi. Rahkosen (2007, 47) mukaan henkilökunta kaipaa esimiehiltä enemmän kannustusta ja muutosten positiivisten puolien esille tuomista. Vanhojen käytäntöjen muuttamisessa henkilökunta kaipaa tukea esimiehiltä. Uusien asioiden läpiviemiseen tulisi käyttää aikaa. Muutoksen etenemistä ja onnistumista tulisi arvioida säännöllisesti. (Ihavaara 2013, 24–28.)

Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat oman ja kollegoiden jaksamisen olevan koe- tuksella. Työyhteisöä pidettiin kuitenkin hyvänä ja kollegoiden kanssa voitiin keskustel- la asioista yhdessä. Laineen (2010, 34) mukaan kollegoilta saadulla tuella on tärkeä merkitys jaksamista edistävänä tekijänä. Käynnissä oleva muutosprosessi kuluttaa hen- kilöstön fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja. Muutokseen sopeutumista helpottaa, jos siihen liittyviä kokemuksia voi jakaa kollegoiden kanssa. (Rantanen 2012, 36, 38.)

Sairaanhoitajat kokivat huolta potilasturvallisuudesta, erityisesti kiiretilanteissa. Huolta aiheutti potilaiden sijainti heräämöstä erillisessä tilassa 23h heräämössä. Henkilökunnan riittävyyttä kaikissa tilanteissa pidettiin ensiarvoisen tärkeänä. Herko-toiminnan lisää- minen edellytti sairaanhoitajien mielestä henkilökunnan lisäämistä erityisesti kiireisiin iltavuoroihin. Laineen (2010) tutkimuksessa kiire koettiin erityisesti potilaiden kannalta ikävänä. Hoitajat kokivat, etteivät voineet hoitaa potilaita niin hyvin kun olisivat halun- neet. (Laine 2010, 34.)

Sairaanhoitajat pitivät hyvin tärkeänä Herko-toiminnassa hoidon potilaslähtöisyyttä. Tarjottavaa hoitoa pidettiin yksilöllisenä ja sen nähtiin olevan edellytys hoidon laadun takaamiselle. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan Herko-potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Erityisesti nopea kotiutuminen ja potilaiden kuvaama sairaudentun- teen puuttuminen oli sairaanhoitajien mielestä Herko-toiminnan etuja. Potilaan laadukas ohjaus hoidon aikana ja kotiutuessa nähtiin tärkeänä. Keräsen ym. (2004) tutkimus osoitti selvästi nopean kotiutumisen leikkauksen jälkeen olevan potilaille tärkeää. Poti-

laat kokivat saamansa ohjauksen olleen riittävää, eikä tarvetta pidemmälle sairaalassa-ololle ollut. (Keränen ym. 2004, 4740–4741.)

Potilashuoneen käytännöllisyyden parantaminen nousi aineistosta keskeisenä kehittämistarpeena. Sairaanhoitajat kokivat 23h heräämön tilojen olevan epäkäytännölliset ja liian erillään muista tiloista. Erityisesti ongelmia tuotti wc-tilojen riittämättömyys ja suihkutilojen puute. Herko-potilaiden yksityisyyden takaaminen koettiin ongelmaksi erityisesti silloin, kun samassa huoneessa yöpyi sekä miehiä että naisia. Nykyiset tilat eivät myöskään mahdollistaneet potilaan poistumista huoneesta vapaasti eikä omaisten ollut mahdollista vierailla potilaiden luona. Villmanin (2013) uuden toiminnan käynnistämistä käsittelevässä opinnäytetyössä pidettiin tärkeänä potilastilojen asianmukaisuutta ja käytännöllisyyttä. Yksikön sijainti tulee olla lähellä yhteistyöyksiköitä. Potilastilan tulee olla riittävän iso ja viihtyisä ja varustelussa tulee huomioida erilaisten potilasryhmien tarpeet. Tilojen tulisi tarvittaessa mahdollistaa omaisten läsnäolo potilaan tukena. (Villman 2013, 43–47.)

Herko-toiminta nähtiin tulevaisuuden toimintana. Sairaanhoitajat kokivat, että toiminnan kehittämiseen tulisi juuri sen vuoksi panostaa. Erityisesti kehittämistä vaatii sairaanhoitajien mielestä potilaan hoitopolku. Nykyinen hoitopolku sisälsi potilaalle useita kontakteja eri toimintayksiköihin. Hyvinkäällä tehdyssä, Leiko-prosessia ja perinteistä leikkausprosessia vertaileessa tutkimuksessa, todettiin samanlaisen leikkaukseen tulo-prosessin soveltuvan kaikille elektiivisille potilasryhmille (Keränen ym. 2008, 3889–3891). Lyhytkirurgisten prosessien kehittäminen ja yhtenäistäminen mahdollistaa vuodeosastojen sairaansijojen vähentämisen ja leikkaushoitoprosessin tehostamisen kustannussäästöjä unohtamatta (Musialowicz & Martikainen 2015, 121).

Potilasvalinnan ja hoidonvaraajan rooli nousivat myös vahvasti aineistosta esiin hyvän hoidon onnistumisen edellytyksenä. Paljon osaamista vaativa Herko-potilaan kotiuttaminen koettiin hankalana, koska sairaanhoitajien ensimmäinen kontakti potilaan kanssa oli vasta kotiuttamistilanteessa. Kotiuttamistilannetta helpottavana tekijänä nähtiin päiväkirurgian hoidonvaraajan, joka oli pääosin vastuussa potilaiden kotiuttamisesta, mahdollisuus osallistua potilasvalintaan ja näin tutustua potilaisiin ennakolta. Hoidonvaraajan keskeinen rooli hoitoprosessin onnistumisessa tunnistettiin myös Kuopin yliopistolaisen sairaalan Hoitoprosessin uudistaminen -hankkeessa (Turunen & Jääskeläinen 2015). Myös Tuoman ja Vesalan (2009) opinnäytetyössä sairaanhoitajat kokivat poti-

laan hoidon olevan yksilöllisempää, kun sama hoitaja on mukana potilaan koko hoitoprosessissa. Sairaanhoitajien mielestä heillä jäi näin enemmän aikaa potilaalle. Onnistuneen potilasohjauksen edellytyksenä oli perehtyminen hyvin potilaan tilanteeseen ja sairaanhoitajan laaja-alainen osaaminen leikkauspotilaan hoidosta. (Tuoma & Vesala 2009, 30–31.)

Sairaanhoitajien mielestä yhteistyö päiväkirurgian ja leikkausosaston välillä tulisi sujua saumattomasti. Tiedon kulun ja yhteistyön parantaminen nousikin esiin kehittämiskohdaksi. Sairaanhoitajat kaipaavat toiminnan parempaa suunnittelua ja selkeitä yhteisiä toimintamalleja. Herko-toimintamalli oli uusi eikä sairaanhoitajilla ollut tietoa miten vastaavaa toimintaa toteutetaan muissa sairaaloissa. Villmanin (2013) mukaan suunnittelu on hyvä aloittaa hyvissä ajoin riittävillä resursseilla. Uuden toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä pidetään järkevänä tutustumista muihin vastaaviin yksiköihin. Se avulla voidaan saada uusia näkökulmia toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Yhteisten toimintaohjeiden avulla eri yksiköiden käytäntöjä voidaan selkiyttää (Villman 2013, 40–43).

8.4 Päätelmät ja kehittämis ehdotukset

Henkilökunnan tiedon tarve ja halu vaikuttaa Herko-toimintaan, nousi tuloksista esille hyvin vahvana. Sairaanhoitajat kokivat olevansa vahvoja hoitotyönasiantuntijoita ja heillä olisi ollut paljon annattavaa suunnittelutyöhön. Uuden toiminnan suunnittelu ei voi perustua pelkästään säästöjen laskemiseen vaan myös käytännön toimintamalleja on suunniteltava etukäteen. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella uuden toiminnan suunnitteluun tulisi käyttää enemmän aikaa ja antaa henkilökunnalle mahdollisuus osallistua toiminnan suunnitteluun.

Herko-toimintaan ja sen kehittämiseen tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Potilaan useat hoitokontaktit tekevät hoitopolusta sekavan ja riski epäonnistumisiin potilasvalinnassa kasvaa. Herko-toiminnan laadun parantamiseksi on ensiarvoisen tärkeää jatkossa kiinnittää huomiota Herko-potilaan hoitopolun yksinkertaistamiseen ja kehittämiseen. Yhtenä vaihtoehtoisena mallina voisi olla Herko-potilaan sairaalaan saapuminen Leiko-yksikön sijasta päiväkirurgian kautta.

Nykyisten tilojen kapasiteetti ei mahdollista enää toiminnan laajentamista. Potilaan sairaalassa yöpyminen vaatii asianmukaiset olosuhteet, riittävine wc- ja suihkutiloineen. Onkin tärkeää kartoittaa mistä saadaan riittävät tilat toiminnan lisäämiselle. Voidaanko toiminnan kehittämiseksi päiväkirurgian öisin täysin käyttämättömiä tiloja jatkossa hyödyntää Herko-potilaiden hoitoon ja siirtää koko Herko-prosessi toteutettavaksi kokonaan päiväkirurgiassa. Herko-toimintaa ei pitäisi nähdä riskinä päiväkirurgian vähenemiselle, vaan mahdollisuutena lisätä leikkaustoimintaa ja parantaa olemassa olevien tilojen vajaakäyttöä. Toisena mahdollisuutena voidaan pitää vuodeosastojen käytäntöjen muuttamista enemmän Herko-toiminnan suuntaan.

Toimintamallina Herko-toiminta edellyttää sairaanhoitajalta laaja-alaisempaa osaamista leikkauspotilaan hoidosta. Sairanhoitajilta edellytetään lisäksi uutta ajattelua leikkauspotilaan omatoimisuudesta. Potilaan ohjauksen tarve prosessin eri vaiheissa on merkittävä, koska suuri osa perioperatiivisesta prosessista tapahtuu potilaan kotona. Hoidon laadun tärkeimpinä mittareina ovatkin hoidon yksilöllisyys ja potilasohjauksen asianmukaisuus. Jatkossa potilaan hoidon laadun parantamiseen tulee kiinnittää huomiota laatimalla Herko-potilaan hyvän hoidon kriteerit. Hoidon laadun kehittämiseksi on ensiarvoisen tärkeää tutkia Herko-potilaiden kokemuksia hoidon laadusta.

LÄHTEET

* Merkityt lähteet ovat kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettuja alkuperäistutkimuksia

Björn, T., Hirvonen, M., Jääskeläinen, S., Kiema, M., Mäkirinne-Kallio, N. & Turunen, E. 2015. Uudistunut leikkauspotilaan prosessi. Luentolyhennelmä. Suomen Sairaanhoitajapäivät 2015. Helsinki: Fioca.

Burns, N. & Grove, S. 2005. The Practice of Nursing Research – Conduct, Critique and Utilization. 5th Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.

Day Surgery: Operational guide. 2007. United Kingdom: Department of Health.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 10. painos. Vastapaino.

Extended day surgery - Guidelines for the implementation and evaluation of 23-hour service models in Victoria. 2007. Melbourne, Victoria: Published by the Victorian Government Department of Human Services.

Harju, P. 2014. Hoitotyön johtaminen operatiivisen hoidon toimialueella. Päivitetty 23.10.2014. Luettu 22.11.2014. <http://www.satshp.fi/ammattilaisille/hoitotyö/johtaminen-ja-asiantuntijuus/Sivut/operatiivisen-alueen-hoitotyö.aspx>.

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljesström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.

Hannukainen, J. & Alhonen, M. 2014. Satakunnan keskussairaala 2020 – kokonaisselvitys. Vinkkelä - Satakunnan sairaanhoitopiirin henkilöstö- ja sidosryhmälehti (2), 7–8.

Heikkilä, S. 2015. heräämön vastuusairaanhoitaja. 23h heräämötöiminta Seinäjoen keskussairaalaassa. Sähköpostiviesti. sinikka.heikkila@epshp.fi. Luettu 3.8.2015.

Hirvonen, V. & Taskinen, J. 2011. Potilastyytyväisyys Savonlinnan keskussairaalan päiväkirurgisella osastolla. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Amk-opinnäytetyö.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

* Ihavaara, O. 2013. Esimies tukijana ja kannustajana muutosprosessin johtamisessa - vanhusten kotihoidon hoitajien kokemukset. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma.

Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kangas-Saarela, T. 2005. Kenelle päiväkirurgia sopii? Finnanest 38(5), 457–458.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Duodecim* 122(12), 1412–1413.
- * Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa – malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. *Suomen Lääkärilehti* 63(45), 3887–3892.
- * Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen pre-operatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen Lääkärilehti* 61(26), 3603–3607.
- Keränen, U., Tohmo, H., & Laine, P. 2004 Leikkaukseen kotoa (Leiko) - potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti*. 59(48), 4739–4743.
- Keränen, U., Tohmo, H. & Soirinsuo, M. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) – toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* 58(36), 3559–3563.
- Kokkinen, L. 2013. Työntekijät julkisten sairaaloiden rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä ja rakennemuutosten seurausten kokijoina. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Kuusiniemi, K. 1997. Lyhki-potilas anestesiologin näkökulmasta. Teoksessa Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. toim. 1997. Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Stakes raportteja 201.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1); 3–12.
- Käyttösuunnitelma operatiivisen hoidon toimialue 2015. Luettu 11.8.2015. Satakunnan sairaanhoitopiirin intranet-sivut.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- * Laine, K. 2010. Muutoksen kokeminen ja alaistaidot muutoksessa päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Leikkaus- ja anestesiatoimintayksikkö 2015. Luettu 9.5.2015. http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/leikkaus-_ja_anestesia.
- Leikkausta edeltävä arviointi - Käypä hoito –suositus. 2014. Julkaistu 23.6.2014. Luettu 4.8.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50066>.
- Leiko-toiminnan käynnistäminen Satakunnan keskussairaalassa. 2008. Leiko-yksikön muistio.
- Leiko24 –yksikkö. 2015. Julkaistu 5.1.2005. Päivitetty 5.5.2015. Luettu 9.5.2015. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa/kirurgia/leiko24.html>.

- Leino-Kilpi, H. 2004. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 2.
- Lisma, S. osastonhoitaja. 2015. Leiko24-toiminta Hatanpään sairaalassa. Sähköposti-viesti. susanna.lisma@tampere.fi. Luettu 3.8.2015.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2014. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanna Pro Oy.
- Mattila, K. 2010. Day Surgery in Finland Randomized and cross - sectional studies on treatment, quality, and outcome. Helsinki University. Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine. Academic dissertation.
- Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Duodecim 128(14), 1423–1424.
- Muistio. 2015a. 23h heräämötoiminta seuranatakokous 2.3.2015. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Leikkausosasto.
- Muistio. 2015b. 23h heräämötoiminta seuranatakokous 27.4.2015. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Leikkausosasto.
- Musialowicz, T. & Martikainen, T. 2015. Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:n Kaarisairaalassa. Finnanest 48(2), 116–123.
- Mäkelä, E. osastonhoitaja. 2015a. Keskustelu 2.3.2015. Satakunnan keskussairaala. Pori.
- Mäkelä, E. osastonhoitaja. 2015b. Keskustelu 12.8.2015. Satakunnan keskussairaala. Pori.
- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 215–221.
- Niskanen, M. 2014. Johtamisella vaikutetaan hoitotulokseen. Finnanest 47(5), 428–432.
- Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. Tampereen ammattikorkeakoulu. YAMK opinnäytetyö.
- Ponteva, K. 2009. Työntekijän samaistuminen organisaatioon ja vieraantuminen työstä organisaatiomuutoksessa – Narratiivinen analyysi kilpailuun valmistautuvasta kaupunkioorganisaatiosta. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Väitöskirja.
- Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOYpro Oy.

Potilashotelli 2015. Luettu 4.8.2015. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=46435&contentlan=1>. Julkaistu 20.4.2015. Päivitetty 12.6.2015.

Päiväkirurgian organisointi ja palveluntuotannon kehittäminen HYKS-alueella. 2008. Luettu 20.9.2014 <http://www.sitra.fi/julkaisu/2008/paivakirurgian-organisointi-ja-palvelutuotannon-kehittaminen-hyks-alueella>.

* Rahkonen, H. 2007. Muutosjohtaminen tietojärjestelmän käyttöönotossa. Hoitotyöntekijöiden ja lähijohtajien kokemuksia. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

* Rantanen, A-L. 2012. Kokemuksia organisaatio-muutoksesta ja muutosjohtajuudesta yhdessä sairaanhoitopiirissä 1991–2002. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu.

Seppänen, S., Kaukonen, N. & Luukkainen, S. 2010. Potilashotelli Etelä-Savoon – Selvityshankeen 1.4. – 31.8.2009 loppuraportti. A: Tutkimuksia ja raportteja 52. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Siippanen, M. 2014. Ostotoiminnan työnmuutos työntekijöiden kokemana Fimlab Laboratoriot Oy:ssä. Tampereen ammattikorkeakoulu. YAMK opinnäytetyö.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Suomen Sairaanhoitajaliitto. 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä – käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Helsinki.

Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. toim. 1997. Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Stakes raportteja 201.

Taskinen, H. 2005. Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja.

Tiala, T. 2013. Nopeutetun hoidon mallit sairaanhoitajien kokemana. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko -toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa. Finnanest 43(4), 310–311.

Toiminta- ja taloussuunnitelma 2015 - 2017 ja talousarvio 2015. Luettu 11.8.2015. <http://www.satshp.fi/tietoa-meista/tilastot-ja-raportit/Sivut/toiminta-ja-taloussuunnitelma.aspx>.

* Tuoma, K. & Vesala, J. 2009. Leikkaukseen kotoa toimintamalli – Sairaanhoitajien kokemuksia LEIKO-toiminnasta. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. AMK opinnäytetyö.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu laitos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Turunen, E. & Jääskeläinen, S. 2015. Perioperatiivisen hoidonsuunnittelumallin kehittäminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Luentolyhennelmä. Suomen Sairaanhoitajapäivät 2015. Helsinki: Fioca.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskat-saus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 10–45.

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen – muutosjohtamisen käytännön keinot. Juva: WS Bookwell Oy.

Vijay, V., Kazzaz, S. & Refson, J. 2008. The same day admissions unit for elective sur-gery: a case study. International Journal of Health Care Quality Assurance 21 (4), 374–379.

Venäläinen, T. osastonhoitaja. 2015. Sähköpostiviesti. terhi.venalainen@vshp.fi. Tulos-tettu 20.7.2015.

* Villman, M. 2013. Leiko-toiminnan käynnistäminen Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueella. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjel-ma. YAMK opinnäytetyö.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat ja hakutulokset tietokannoittain

Käytetyt tietokannat

Tietokanta	Kuvaus
Medic	Medic sisältää viitteitä suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista.
Melinda	Suomen kirjastojen yhteistietokanta.
CINAHL	Kansainvälinen hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian viite- ja tiivistelmä-tietokanta, joka sisältää myös terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta käsittelevää aineistoa.
PubMed	Kansainvälinen lääketieteen viite- ja kokotekstitietokanta.
Theseus	Suomen ammattikorkeakoulujen sähköinen opinnäytetyötietokanta.

(Tähtinen 2007, 29–32)

Hakutulokset tietokannoittain ensimmäisessä haussa

Tieto-kanta	Muutos / organisointi / kehittäminen/ kokemus	organizational change / organizational development / experience	Otsikon perusteella valitut tutkimukset	Tiivistelmän perusteella valitut tutkimukset	Kokotekstin perusteella valitut tutkimukset
Medic	209	0	5	5	4
Melinda	266	0	1	1	0
CINAHL	0	68	1	1	0
PubMed	0	24	0	0	0
Yhteensä	475	92	7	7	4

Hakutulokset tietokannoittain toisessa haussa

Tieto-kanta	heräämöstä kotiin / 23h heräämö /extended day surgery	leikkaukseen kotoa / päivä-kirurgia/ leikkaukseen kotoa / lyhytkirurgia	Otsikon perusteella valitut tutkimukset	Tiivistelmän perusteella valitut tutkimukset	Kokotekstin perusteella valitut tutkimukset
Medic	0	9	4	2	2
Melinda	0	96	2	1	1
Theseus	0	188	5	2	1
PubMed	14	0	4	0	0
Yhteensä	14	293	15	5	4

Liite 2. Näytön asteen arviointimittari

Asteikko	Näytön aste
I	Meta-analyysi, hyvä systemoitu katsaus.
II	Systemoitu katsaus, yksi satunnaistettu hoitokoe (RCT = randomized controlled trial) tai useita hyviä kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
III (a)	Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus tai useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
III (b)	Useita määrällisesti kuvailevia tai korrelatiivisia tutkimuksia, joissa samansuuntaiset tulokset.
III (c)	Useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
IV	Yksittäiset hyvät muut tutkimukset, tapaustutkimukset, konsensuslausumat ja asiantuntija-arviot. Kun näyttö on arvostettujen asiantuntijoiden konsensuksen tulosta, kuvataan, miten se on syntynyt.

(Sairaanhoitajaliitto 2004, 21.)

Liite 3. Alkuperäistutkimusten laadunarviointilomake

Alkuperäistutkimusten laadun arviointilomake (Jousimaa, Liira, Liira & Komulainen 2010, 1936–1941; Kontio ym. 2007, 103 -107; Sairaanhoidtajaliitto 2004, 10–19)

ALKUPERÄISTUTKIMUSTEN LAADUN ARVIOINTI			
Tutkimus			
	Kyllä	Ei	Ei tietoa / Ei sovellu
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
Tutkittava ilmiö on määritelty selkeästi.			
Tutkimuksen aihe on perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti.			
Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät on määritelty selkeästi.			
Aineisto ja menetelmät			
Aineistonkeruumenetelmät ja – konteksti on perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti.			
Aineiston keruumenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Aineiston keruu on kuvattu.			
Aineiston käsittelyn ja analyysin päävaiheet on kuvattu.			
Analyysimenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Tutkimus on luotettava ja eettisesti toteutettu.			
Tutkimuksen kohderyhmä on relevantti.			
Tutkimuksen otos on riittävä ja sitä on arvioitu. (kvantitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen sisällön riittävyttä on arvioitu. (kvalitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
Tutkija on nimennyt kriteerit, ja niiden pohjalta arvioinut tutkimuksen luotettavuutta.			
Tutkija on pohtinut eettisiä kysymyksiä huolellisesti.			
Tulokset ja johtopäätökset			
Tulosten merkittävyyttä on arvioitu.			
Tutkimuksen tulokset ovat merkittäviä ja yhteneväisiä aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna.			
Tulokset on esitetty selkeästi ja niitä on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin.			
Tutkimusten tulokset perustuvat tutkimuksiin ja ovat hyödynnettävissä.			
Kokonaisarvio			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja loogisen kokonaisuuden.			
Tutkimuksesta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.			
Tutkimus on sovellettavissa suomalaisen terveydenhuollon kenttään.			

Alkuperäistutkimusten laadun arvioinnin maksimipistemäärä on 20 pistettä.

Lomake on Gitta Palomäen ja Heli Piirtolan (2012) opinnäytetyöstä Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. Lomakkeen käyttöön on tekijöiden lupa.

Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukset

Tutkimuk- sen teki- jä(t), julkai- suvuosi, tutkimuk- sen taso, julkaisumaa	Tarkoitus / Tavoite	Menetelmälliset lähtökohdat	Keskeiset tulokset	Näytön aste/ Laadun arvioin- nin pisteitys
Laine 2010 Pro gradu - tutkielma Suomi	Kuvata sairaanhoita- jien kokemuksia ja omaa toimintaa muu- toksessa, jossa alue- sairaalan erikoissai- raanhoidon päivys- tyspoliklinikka lope- tettiin ja siirrettiin toisen kaupungin keskussairaalaan.	Laadullinen Työyksikköä vaihtaneiden sairaanhoitajien (N=8) teemahaas- tattelu. Induktiivinen sisällönanalyysi	Muutokset vaikuttivat tutkit- taviin kokonaisvaltaisesti, niin työ- kuin yksityiselä- mään. Hyvät alaistaidot ja halu muutoksesta selviytymiseen nopeutti sopeutumista muu- tokseen.	IIIc / 16
Rantanen 2012 Pro gradu - tutkielma Suomi	Kuvata hoitohenkilö- kunnan ja esimiesten kokemuksia organi- saatiomuutoksesta, muutosprosessista ja muutosjohtajuudesta psykiatrisen sairaan- hoidon organisaatios- sa.	Laadullinen Hoitohenkilökun- nan ja esimiesten valmis haastatte- luaineisto (N= 15). Induktiivinen sisällönanalyysi	Tutkimustuloksista muodos- tui hoitohenkilökunnan kokemana kuvaus muutos- prosessista, jossa shokki- tasaantumis- ja hyväksymis- vaiheen jälkeen mahdollistui suuntautuminen tulevaisuu- teen ja muutoksen tuomiin hyviin asioihin.	IIIc / 17
Ihavaara 2013 Pro gradu - tutkielma Suomi	Kuvata vanhusten kotihoitossa työsken- televien hoitajien kokemuksia esimie- hen antamasta tuesta ja kannustuksesta muutosprosessien aikana.	Laadullinen Kotihoiton hoita- jien teemahaastat- telu (N=14) Deduktiivinen sisällönanalyysi	Esimiehen keinot tukea ja kannustaa hoitajia muutos- prosessin johtamisessa olivat vuorovaikutuksella tukemi- nen ja kannustaminen, konk- reettisen työn tukeminen ja arkeen osallistumien, vas- tuun jakaminen ja itsenäi- syyden tukeminen sekä osaamisen tukeminen ja kannustaminen.	IIIc / 19
Rahkonen 2007 Pro gradu - tutkielma Suomi	Kuvata, millä tavoin hoitajat ja lähijohtajat kokevat tietojärjes- telmän käyttöönoton toteutuneen muutos- johtajuuden näkö- kulmasta.	Laadullinen Teemahaastattelu hoitajille ja esi- miehille (N=10) Deduktiivinen sisällönanalyysi (1. tutkimusky- symys) Induktiivinen sisällönanalyysi (2. tutkimusky- symys)	Tutkimustulosten mukaan koulutusta oli liian vähän. Ilmapiiri muutoksen aikana oli sekä kielteinen että myönteinen. Muutos synnytti erilaisia tunteita kuten pelkoa. Viestinnän ja osallistumis- mahdollisuuksien todettiin olevan tärkeitä tietojärjes- telmämuutoksessa.	IIIc / 17

<p>Keränen, Keränen & Wäänänen</p> <p>2006</p> <p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Suomi</p>	<p>Verrata henkilökunnan potilaisiin käyttämää aikaa perinteisessä leikkausprosessissa ja leiko-prosesissa.</p>	<p>Määrällinen</p> <p>Huhtikuussa 2004 peräkkäisille leikkauspotilaille (N=288) jaettu aikaseurantalomake, joista 96 lomaketta perinteisen leikkausprosessin potilaille ja 192 leiko-prosessin potilaille.</p> <p>Lomakkeiden analysointi KEP-teorian mittareiden mukaan.</p>	<p>Leiko-prosessi on selkeä ja tehokas. Se sitoo henkilökuntaa 73 % vähemmän kuin perinteinen leikkausprosessi. Erityisesti henkilökunnan aikaa sitoi potilaiden siirtäminen leikkausosastolle.</p> <p>Leiko-prosessissa potilaan hoito sisältää vähemmän odottelua ja potilaan sairaalassaolosta suurempi osa on tehokasta hoitoaikaa.</p>	<p>II/15</p>
<p>Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo</p> <p>2008</p> <p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Suomi</p>	<p>Arvioida Leiko-prosessin tuloksia vuonna 2007 Hyvinkään sairaalassa.</p>	<p>Määrällinen</p> <p>Leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmä Operasta kerätty tieto vuoden 2007 leikkauspotilaista (N=7211). Tulokset esitettiin prosentteina.</p>	<p>Kaikista leikkauspotilaista 76 % ja elektiiivisistä potilaista 93 % leikattiin Leiko-prosessin kautta.</p> <p>Leiko-malli sopii hyvin eri erikoisalojen potilaille.</p>	<p>II/15</p>
<p>Villman</p> <p>2013</p> <p>Yamk-opinnäytetyö</p>	<p>Kartoittaa Leiko-toiminnan käyttöönoton suunnittelussa ja toiminnan aloittamisessa huomioitavia asioita vertailemalla eri yksiköiden toimintatapoja.</p>	<p>Laadullinen</p> <p>Teemahaastattelu eri yksiköiden sairaanhoitajille, apulaisosastonhoitajille, osastonhoitajille ja ylihoitajille (N=15) sekä havainnointi Leiko-potilaan kulusta ennen leikkausta (N=1).</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Leiko-toiminnan käynnistäminen edellyttää monipuolista tutustumista toimintamalliin ja riittävät resurssit.</p> <p>Leiko-toiminta on tiivis moniammatillinen prosessi, jonka vaiheet menevät osittain päällekkäin.</p> <p>Henkilökunnan ja esimiesten sitoutuminen uuteen toimintaan on välttämätöntä sujuvuuden takaamiseksi.</p> <p>Palaute potilaita ja henkilökunnalta Leiko-toiminnasta on pääosin positiivista.</p> <p>Leiko-toiminta on helpottanut osastojen kuormitusta.</p>	<p>IIIc/19</p>
<p>Tuoma & Vesala</p> <p>2009</p> <p>Amk-opinnäytetyö</p>	<p>Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia Leiko-toiminnasta.</p>	<p>Laadullinen</p> <p>Teemahaastattelu Leiko-sairanhoitajille (N=8).</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Leiko-toiminta selkiytti ja helpotti sairaanhoitajien työkuva.</p> <p>Leiko-toiminta koettiin uutena ja innovatiivisena.</p> <p>Sairanhoitajat kokivat heillä olevan enemmän aikaa potilaille.</p>	<p>IIIc/12</p>

Liite 5. Haastattelukutsu



TIEDOTE

6.3.2015

Hyvä sairaanhoitaja!

Toimin päiväkirurgiassa sairaanhoitajana ja opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opintoihini liittyy opinnäytetyö jonka tarkoituksena on kuvata Satakunnan keskussairaalan leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajien kokemuksia Heräämöstä kotiin -toiminnan muutoksista ja miten toimintaa tulisi edelleen kehittää Satakunnan keskussairaalassa.

Heräämöstä kotiin -toiminta on suomessa uutta ja toimintakäytännöt vasta muotoutumassa. Saadulla tiedolla voidaan kehittää Heräämöstä kotiin -toimintaa, parantaa potilaan hoidon laatua ja mahdollistaa varhainen kotiutuminen leikkauksen jälkeen.

Pyydän Sinua, Heräämöstä kotiin -potilaita hoitanutta sairaanhoitajaa, osallistumaan opinnäytetyöhöni teemahaastatteluun. Haastattelun kesto on noin 60 min ja se toteutetaan perjantain aamupalaverin aikana tai muuna Sinulle sopivana ajankohtana, maalisk- ja huhtikuun 2015 aikana. Haastattelun teemat annetaan Sinulle etukäteen tutustuttaviksi ja haastattelu nauhoitetaan.

Otathan ystävällisesti yhteyttä allekirjoittaneeseen, niin voimme sopia Sinulle sopivan haastatteluajankohdan. Jos Sinulla on jotain kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, vastaan mielelläni.

Ystävällisin terveisin,

Jenni Suonpää
Sairaanhoitaja TAMK-opiskelija
Tampereen ammattikorkeakoulu
e-mail: jenni.suonpaa@health.tamk.fi

Liite 6. Tiedote haastattelun toteutuksesta



TIEDOTE

6.3.2015

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydän Sinua osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoitus on kuvata Satakunnan keskussairaalan leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajien kokemuksia Heräämöstä kotiin -toiminnan muutoksista ja miten toimintaa tulisi edelleen kehittää Satakunnan keskussairaалassa.

Osallistuminen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisen syytä ilmoittamatta missä tahansa vaiheessa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Satakunnan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastatteluna maaliskuis- ja huhtikuun 2015 aikana. Haastattelut tehdään yksilöhaastatteluina ja ne nauhoitetaan. Haastattelu vie aikaa noin tunnin. Sinulle lähetetään etukäteen tutustuttavaksi teemahaastattelurunko ennen haastatteluajankohtaa. Haastattelu paikka ja ajankohta sovitaan erikseen henkilökohtaisesti.

Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä ja se säilytetään lukitussa tilassa. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Sinulta pyydetään kirjallinen suostumus allekirjoituksella opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö ovat luettavissa valmistuttuaan elektronisessa Theseus tietokannassa ja kirjallisessa muodossa Satakunnan keskussairaalan leikkausosastolla ja päiväkirurgiassa.

Mikäli Sinulla on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä
Jenni Suonpää
Sairaanhoitaja TAMK-opiskelija
Tampereen ammattikorkeakoulu
e-mail: jenni.suonpaa@health.tamk.fi

Liite 7. Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELU

Taustatiedot:

- Ikä
- Työkokemus nykyisestä työstä

Haastatteluteemat:

Kerro ja kuvaile Heräämöstä kotiin -toiminnan tuoman muutos:

1. Sinulle itsellesi

- Suhtautuminen tähän muutokseen
- Tiedon saanti muutoksesta, syyt, toteutus
- Osallistumis- / vaikuttamismahdollisuudet muutokseen
- Osaamisen / koulutuksen riittävyys

2. Työhösi

- Työmäärä ja oma työn organisointi
- Työn organisointi esimiesten taholta
- Esimiesten toiminta, tuki esimiehiltä, odotukset esimiesten suhteen
- Vaikutukset työyhteisöön, toiminta, ilmapiiri

3. Potilaille

- Hyödyt
- Haitat
- Mahdollisuudet
- Uhat

4. Leikkausosaston/Päiväkirurgian toiminnalle

- Miten Herkon tulisi toimia
 - Potilaan kannalta
 - Osaston toiminnan kannalta
 - oman työn kannalta
- Miten yhteistyön leikkausosaston ja Päikin välillä tulisi toimia

Liite 8. Tietoinen suostumus -lomake



SUOSTUMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoitus on kuvata Satakunnan keskussairaalan leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajien kokemuksia Heräämöstä kotiin -toiminnan muutoksista ja miten toimintaa tulisi edelleen kehittää Satakunnan keskussairaalassa. Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen opinnäytetyön haastatteluun on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän
allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys